

# CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ)

Este cuestionario es importante para poder ofrecerle la mejor asistencia sanitaria posible. Sus respuestas nos ayudarán a entender los problemas que pueda tener. Por favor, conteste a cada pregunta lo mejor que pueda, a menos que le pidan que se salte alguna pregunta.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo:  Mujer  Hombre Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. Durante las <u>últimas 4 semanas</u> ¿hasta qué punto le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	No me ha molestado nada	Me ha molestado un poco	Me ha molestado mucho
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 brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruación (regla) dolorosa u otros problemas con su período (sólo para mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor o problemas durante el acto sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dolor 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. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Sensación de que el corazón late deprisa o con fuerza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Estreñimiento, deposiciones sueltas o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Náuseas, gases o indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
a. Poco interés o alegría por hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sensación de cansancio o de tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Poco apetito o comer demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	<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 sobre la ansiedad.**

- a. En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico? **NO** **SÍ**

**Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 5.**

- b. ¿Alguna vez le había pasado antes?

- c. ¿Algunos de estos ataques aparecen de repente cuando menos se lo espera, es decir, en situaciones en que aparentemente no está nervioso/a ni incómodo/a?

- d. ¿Estos ataques le molestan mucho o le preocupa tener otro ataque?

**4. Piense en su último ataque de ansiedad serio cuando conteste a las siguientes preguntas.****NO** **SÍ**

- a. ¿Se quedó sin aire?

- b. ¿El corazón le latió deprisa, con fuerza o le dio un vuelco?

- c. ¿Tuvo dolor o presión en el pecho?

- d. ¿Sudó?

- e. ¿Sintió que se estaba ahogando?

- f. ¿Tuvo sofocos o escalofríos?

- g. ¿Tuvo náuseas, problemas de estómago o la sensación de que iba a tener diarrea?

- h. ¿Se sintió mareado/a, inestable o a punto de desmayarse?

- i. ¿Sintió hormigueo o alguna parte del cuerpo dormida?

- j. ¿Tuvo temblores o estremecimientos?

- k. ¿Tuvo miedo de estar muriéndose?

**5. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?****Nunca** **Varios días** **Más de la mitad de los días**

- a. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas.

**Si ha marcado "Nunca", pase a la pregunta n.º 6.**

- b. Sentirse inquieto/a de tal forma que le cuesta quedarse sentado/a.

- c. Cansarse con mucha facilidad.

- d. Dolor o tensión muscular.

- e. Problemas para quedarse dormido/a o para seguir durmiendo.

- f. Problemas para concentrarse en algo, como leer un libro o ver la televisión.

- g. Irritarse o enfadarse fácilmente.

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 los hábitos alimentarios.</b>			
a.	¿Siente con frecuencia que 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 con frecuencia, <u>en un periodo de 2 horas</u> , lo que la mayoría de gente consideraría una cantidad inusualmente <u>grande</u> de comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si ha marcado "NO" en alguna de las preguntas a) o b), pase a la pregunta n.º 9.</b>			
c.	¿Esto ha ocurrido con una frecuencia media de dos veces por semana durante los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Durante los últimos 3 meses ¿ha hecho <u>con frecuencia</u> alguna de las siguientes cosas para evitar engordar?</b>			
a.	¿Provocarse el vómito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Tomar más del doble de la dosis recomendada de laxantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	¿Ayunar, es decir, no comer nada durante al menos 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	¿Hacer ejercicio durante más de una hora expresamente para evitar engordar después de una comilona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Si ha marcado "SÍ" en alguna de estas formas de evitar engordar, ¿ha ocurrido alguna con una frecuencia media de dos veces por semana?</b>			
		<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
<b>9. ¿Alguna vez bebe alcohol (incluyendo cerveza o vino)?</b>			
		<b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/>
<b>Si ha marcado "NO", pase a la pregunta n.º 11.</b>			
<b>10. ¿Le ha pasado algo de lo siguiente <u>más de una vez en los últimos 6 meses</u>?</b>			
a.	Ha bebido alcohol aunque el médico le había aconsejado dejar de beber a causa de un problema de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ha bebido alcohol, ha ido colocado/a o ha tenido resaca mientras estaba trabajando, iba al colegio, se ocupaba de los niños o de otras responsabilidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	No ha ido o ha llegado tarde al trabajo, colegio o a otras actividades porque estaba bebiendo o tenía resaca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Ha tenido algún problema para relacionarse con los demás cuando ha estado bebiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Ha conducido el coche después de tomarse varias copas o después de beber demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Si ha marcado <u>alguno</u> de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado <u>dificultades</u> para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?</b>			
<b>Ninguna dificultad</b>	<b>Algunas dificultades</b>	<b>Muchas dificultades</b>	<b>Muchísimas dificultades</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'.

Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores, con una beca otorgada por Pfizer Inc. Se necesita autorización para su reproducción, traducción, muestra o distribución.