

Cuestionario anual sobre la salud mental



Etiqueta del paciente

Nombre: _____

N.º de Historia

Clínica: _____

Fecha: _____

Una vez por año, les pedimos a todos nuestros pacientes que completen este formulario sobre las enfermedades que afectan a su salud. Ayúdenos a brindarle la mejor atención médica al responder las preguntas a continuación.

Encierre en un CÍRCULO la MEJOR respuesta para cada pregunta.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas?:

1. Poco interés o placer en hacer cosas.	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
2. Sentimiento de tristeza, depresión o desesperanza.	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3

En el último año...

3. ¿Con qué frecuencia bebió una bebida alcohólica?	Nunca 0	Una vez al mes o menos 1	De 2 a 4 veces al mes 2	De 2 a 3 veces a la semana 3	Cuatro o más veces a la semana 4	
4. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consumió en un día típico cuando bebía?	Ninguna 0	1 o 2 bebidas 0	3 o 4 bebidas 1	5 o 6 bebidas 2	7 o 9 bebidas 3	10 o más bebidas 4
5. ¿Con qué frecuencia bebió <u>seis o más</u> bebidas en la misma ocasión?	Nunca 0	Menos de una vez al mes 1	Una vez al mes 2	Una vez a la semana 3	Diariamente o casi diariamente 4	
6. ¿Con qué frecuencia ha consumido marihuana en el último año?	Nunca 0	Menos de una vez al mes 1	Una vez al mes 2	Una vez a la semana 3	Diariamente o casi diariamente 4	
7. ¿Con qué frecuencia usó una droga ilegal (que no haya sido marihuana) o un medicamento recetado por motivos que no hayan sido médicos?	Nunca 0	Menos de una vez al mes 1	Una vez al mes 2	Una vez a la semana 3	Diariamente o casi diariamente 4	

PHQ-9 para ADULTOS*

Cuestionario de salud del paciente

En las últimas 2 semanas , ¿con qué frecuencia tuvo alguno de los siguientes problemas? (Encierre la opción en un CÍRCULO para indicar su respuesta)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
3. Problemas para dormirse o permanecer dormido, o dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Cansancio o falta de energía.	0	1	2	3
5. Falta de apetito o atracones de comida.	0	1	2	3
6. Se sintió mal con usted mismo o un fracasado, o que es una decepción para usted mismo o para su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse; por ejemplo, al leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas pudieron haberlo notado. O bien lo opuesto; sentirse tan intranquilo o inquieto que se está moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensar que estaría mejor si muriera o en hacerse daño de alguna forma.	0	1	2	3

Las siguientes preguntas nos ayudarán a entender cómo se ha sentido. Sus respuestas lo ayudarán a usted y a su médico a seguir su progreso.			
1. En algún momento de su vida, ¿ha atravesado períodos en los que sintió lo opuesto a estar deprimido, muy 'excitado' o 'acelerado', con mucha energía? ¿No necesitaba dormir? ¿Sentía que podía hacer cualquier cosa? Encierre SÍ en un círculo si sintió estos síntomas y duraron, como mínimo, algunos días y le causaron problemas en su vida.	Sí	No	N/A
2. En las últimas 2 semanas, ¿escuchó o vio cosas que otras personas no podían ver ni escuchar y que podrían no haber estado ahí?	Sí	No	N/A
3. ¿Ha sido víctima recientemente de amenazas, daño físico o contacto sexual forzado?	Sí	No	N/A
4. ¿Ha experimentado recientemente algún evento estresante o cambio en su vida, como la muerte de un amigo o familiar, la pérdida de un trabajo o problemas de pareja?	Sí	No	N/A
5. En su vida, alguna vez ha atravesado una experiencia que fuera tan atemorizante, horrible o molesta que el mes pasado usted: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido pesadillas sobre esa experiencia o ha pensado en ella cuando no quería hacerlo? • ¿Intentó con esfuerzo no pensar en esa experiencia o hizo su mayor esfuerzo para evitar situaciones que se la recordaban? • ¿Estuvo constantemente en alerta con respecto a otras personas, actividades o a su entorno? 	Sí	No	N/A

*Este es un cuestionario estandarizado de 9 puntos que ha sido validado. Las preguntas 1 y 2 se han eliminado porque son las primeras dos preguntas del examen de Salud del Comportamiento (ver el reverso), que ya se han respondido.

Desarrollado por los Dres.: Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una subvención para educación de Pfizer Inc.

Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con autorización.