

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿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

(Marque con un " " para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

0

1

2

3

2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

0

1

2

3

3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes

0

1

2

3

4. Ha tenido dificultad para relajarse

0

1

2

3

5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)

0

1

2

3

6. Se ha molestado o irritado fácilmente

0

1

2

3

7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar

0

1

2

3

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

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.

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Ha padecido alguno de los trastornos siguientes en las últimas 2 semanas?
(Responda con una "✓")

	No	Varios días	Más de la mitad de los días	Prácticamente todos los días
1. He tenido poco interés o gusto por hacer las cosas	0	1	2	3
2. Me he sentido triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. He tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir, o duermo demasiado	0	1	2	3
4. Me he sentido cansado o desgastado	0	1	2	3
5. No tengo apetito o como demasiado	0	1	2	3
6. Me he sentido mal, como que soy un fracaso o que he defraudado a mi familia o a mí mismo	0	1	2	3
7. He tenido dificultad para concentrarme en cosas como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Me muevo o hablo con tanta lentitud que otros lo han notado o por el contrario, estoy tan inquieto y agitado que he estado más activo de lo normal	0	1	2	3
9. He pensado que sería mejor morir o en hacerme daño	0	1	2	3

Sume las columnas: + +

(Al personal médico: Para fines de interpretación del total, consulte las instrucciones de la portada de la almohadilla desprendible)

TOTAL:

10. Si padeció alguno de los trastornos, ¿en qué grado le dificultaron su trabajo, la atención del hogar o su convivencia con otros?

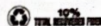
Nada _____

Algo _____

Mucho _____

Demasiado _____

Cuestionario médico para el paciente (PHQ-9) © 1999 Pfizer Inc. Reservados todos los derechos. Los nombres PRIME-MD® y PRIME MD TODAY® son marcas registradas de Pfizer Inc. El Cuestionario médico para el paciente (PHQ-9) ha sido adaptado de PRIME MD TODAY, desarrollado por el Dr. Robert L. Spitzer, la Dra. Janet B.W. Williams, el Dr. Kurt Kroenke y colaboradores con fondos para la educación donados por Pfizer Inc.



PHQ03824

© 2010 Pfizer Inc.

Reservados todos los derechos.

Impreso en EE.UU./May 2010

