

Cuestionario de Salud del Paciente y Trastorno de Ansiedad General
(PHQ-9 y GAD-7)

Fecha _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Por favor circule sus respuestas.

PHQ-9	De nada	varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1. Poco interés o placer por hacer las cosas.	0			días 3
2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza.	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía.	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberlo hecho observó. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto, o de lastimarse a sí mismo de alguna manera.	0	1	2	3
Añade la puntuación de cada columna.				

Puntaje total (agregue los puntajes de su columna): _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas? (Un círculo)

No es difícil en absoluto

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Por favor circule sus respuestas.

GAD-7	De nada seguro	varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1. Sentirse nervioso, ansioso o al límite.	0		días 2	días 3
2. No poder detener o controlar la preocupación.	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes.	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse.	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto.	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad.	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder.	0	1	2	3
Añade la puntuación de cada columna.				

Puntaje total (agregue los puntajes de su columna): _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas? (Un círculo)

No es difícil en absoluto

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil