# Evaluación Complementaria

# PHQ9

voices.uchicago.edu/behavioralhealthintegrationprogram/files/2019/04/PHQ-9-Spanish-1.pdf

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas:** | **Marque en círculo su respuesta:** | | | |
| **Durante las últimas 2 semanas, ¿le han preocupado alguno de los siguientes problemas?** | **En lo absoluto** | **Varios días** | **Más de una semana** | **Casi todos los días** |
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Tener dificultad para conciliar el sueño, o dormir demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sentirse cansado(a) 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(a) – o considerarse un fracaso o quedar mal consigo mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Tener dificultad para concentrarse en ciertas actividades, como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían darse cuenta? o lo contrario – estar muy inquieto(a) o agitado(a) moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Tener pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse a sí mismo (a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Si marcó algunos de los problemas indicados arriba, ¿qué tan difícil le resultan estos cuando hace su trabajo, se encarga de las tareas del hogar, o cuando se lleva bien con otras personas? | No ha sido difícil | Un poco difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |

# GAD-7

voices.uchicago.edu/behavioralhealthintegrationprogram/files/2019/04/GAD-7-Spanish-1.pdf

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas:** | **Marque en círculo su respuesta:** | | | |
| **Durante las últimas 2 semanas, ¿le han preocupado alguno de los siguientes problemas?** | **en lo absoluto** | **Varios días** | **Más de una semana** | **Casi todos los días** |
| 1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. No ser capaz de parar o controlar su preocupación | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Preocuparse demasiado por motivos diferentes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Tener dificultad para relajarse | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Estar tan inquieto(a) que resulta difícil permanecer quieto(a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Sentirse molesto(a) o irritado(a) fácilmente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Tener miedo de que algo terrible fuera a pasar | 0 | 1 | 2 | 3 |

# PC-PTSD\* *Opcional*

puntuación: cualquier respuesta afirmativa es “significativa”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En su vida, ¿ha tenido Ud. alguna vez una experiencia tan aterradora, horrible o perturbadora que, en el último mes,** | **Marque en círculo:** | |
| 1. le han ocasionado pesadillas al respecto o ha pensado en ello cuando no lo quiere? | Sí | No |
| 2. se ha esforzado por no pensar en ello o se ha esforzado por evitar situaciones que se lo hacen recordar? | Sí | No |
| 3. se encontraba constantemente en guardia, vigilante o se sobresaltaba fácilmente? | Sí | No |
| 4. se ha sentido insensible o desconectado(a) de los demás, de las actividades o de su entorno? | Sí | No |
| 5. se ha sentido culpable o incapaz de dejar de culparse a sí mismo(a) o a otros por el evento o cualquier problema que el evento pudiera haber causado? | Sí | No |

# CAGE

fadavisat.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3126&sectionid=261683784

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Preguntas:** | **Marque en círculo:** | |
| 1. ¿Ha sentido alguna vez que debería **R**educir su consumo de alcohol? | Sí | No |
| 2. ¿Se siente **M**olesto(a) con la gente que le critican su consumo de alcohol? | Sí | No |
| 3. ¿Se ha sentido mal o **C**ulpable alguna vez acerca de su consumo de alcohol? | Sí | No |
| 4. ¿Ha consumido usted alcohol al levantarse en la mañana para calmarse sus nervios o para quitarse una resaca (el primer trago en la mañana para abrirle los **O**jos)? | Sí | No |

# DAST-10

sbirtoregon.org/wp-content/uploads/DAST-Spanish-pdf.pdf

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En los últimos 12 meses…** | **Marque en círculo:** | |
| 1. ¿Ha tomado otras medicinas además de las requeridas por razones médicas? | Sí | No |
| 2. ¿Ha abusado de más de una droga a la vez? | Sí | No |
| 3. ¿Puede dejar de consumir drogas cuando quiere? (Si nunca ha consumido drogas, responda "Sí ".) | Sí | No |
| 4. ¿Ha tenido lagunas mentales o alucinaciones como resultado del uso de drogas? | Sí | No |
| 5. ¿En ocasiones se siente mal o culpable por su uso de drogas? (Si nunca ha consumido drogas, responda “No”.) | Sí | No |
| 6. ¿Su cónyuge (o padres) se ha(n) quejado por su involucramiento con el uso de drogas? | Sí | No |
| 7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas? | Sí | No |
| 8. ¿Se ha involucrado en actividades ilegales a fin de obtener drogas? | Sí | No |
| 9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo[-a]) cuando ha dejado de consumir drogas? | Sí | No |
| 10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, lagunas mentales, hepatitis, convulsiones, hemorragias)? | Sí | No |