

Cuestionario de Salud Conductual

Nombre: _____

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

(marque con un círculo su respuesta y **marque las casillas que le correspondan**)

<i>De ningún modo</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad de los días</i>	<i>Casi todos los días</i>
-----------------------	--------------------	------------------------------------	----------------------------

1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3	
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3	
3. <input type="checkbox"/> Dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido, o <input type="checkbox"/> dormir demasiado	0	1	2	3	
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3	
5. <input type="checkbox"/> Poco apetito o <input type="checkbox"/> comer demasiado	0	1	2	3	
6. Sentirse mal con sí mismo o que eres un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3	
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3	
8. <input type="checkbox"/> Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado, o <input type="checkbox"/> lo contrario: estar tan inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3	
9. <input type="checkbox"/> Pensamientos de que estaría mejor muerto o <input type="checkbox"/> de hacerse daño de alguna manera	0	1	2	3	Total
(10)	sumar columnas:				

1. Sentirse nervioso, ansioso o en estado de alerta	0	1	2	3	
2. No poder parar 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. Volverse fácilmente molesto o irritable	0	1	2	3	
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3	Total
(8)	sumar columnas:				

C	¿Alguna vez ha sentido la necesidad de reducir su consumo de alcohol o drogas?	No	Sí
A	¿Le ha molestado la gente al criticar su consumo de alcohol o drogas?	No	Sí
G	¿Alguna vez se ha sentido culpable por beber o consumir drogas?	No	Sí
E	¿Alguna vez ha necesitado beber o consumir drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para eliminar molestias de una resaca (Abridor de ojos)?	No	Sí

Las puntuaciones que son graves y/o potencialmente mortales suelen ser derivaciones urgentes a BHS según las siguientes puntuaciones:

- PHQ-9: 0-4 = Leve 5-14 = Moderado 15+ = Grave
- GAD-7: 0-4 = Leve 5-14 = Moderado 15+ = Grave
- CAGE-AID: Una respuesta "sí" a un elemento indica un posible trastorno por uso de sustancias y la necesidad de la realizar más pruebas.