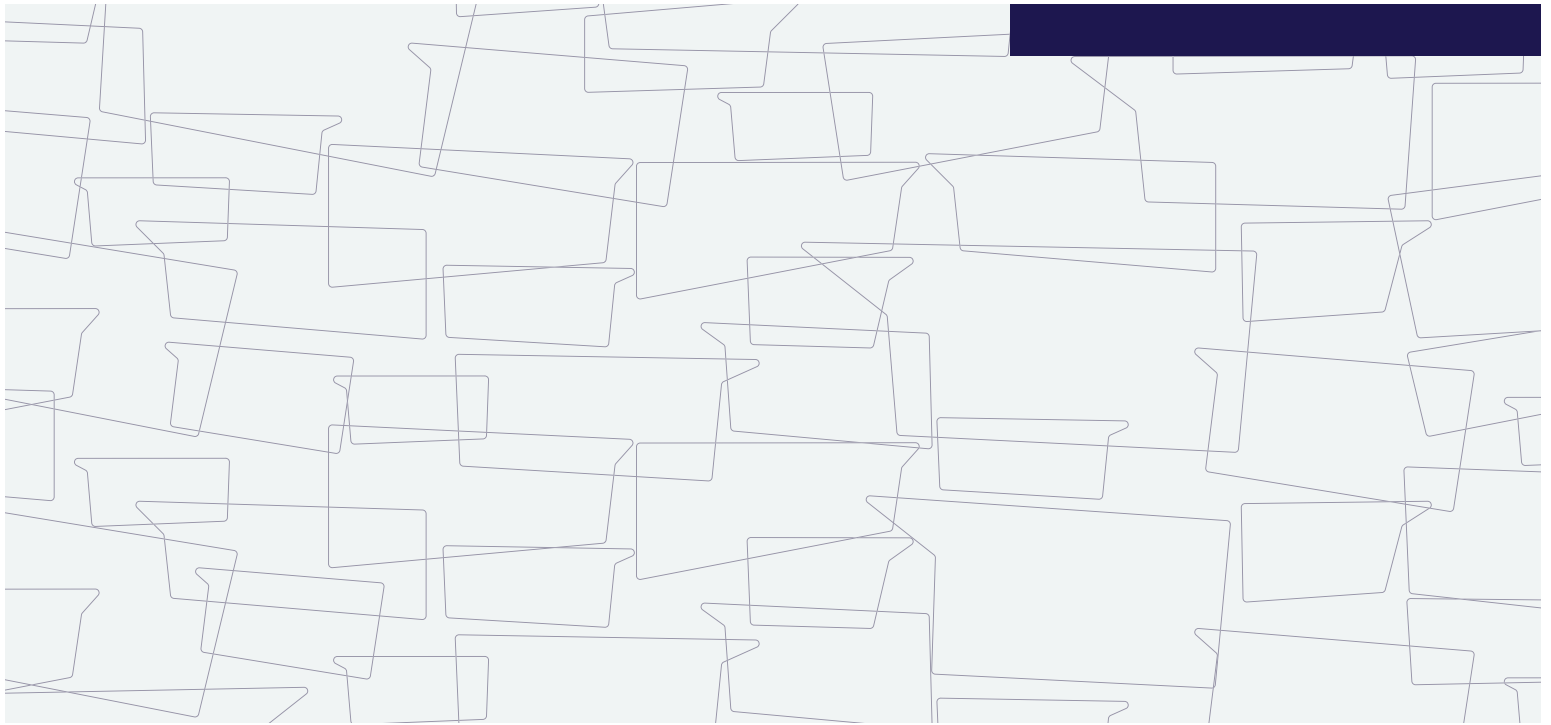




tcmhcc
Texas Child Mental
Health Care Consortium

PeriPAN
Perinatal Psychiatry
Access Network

Página 1 de 5

PAQUETE 2 PARA PACIENTES

Evaluación de cambios de humor durante el embarazo y después de dar a luz

- » Los cambios de humor son muy comunes durante el embarazo y después de dar a luz. El 80% de las mujeres experimentan tristeza postparto después de dar a luz.
- » Una de cada 5 mujeres padece de depresión, ansiedad o pensamientos angustiantes durante el embarazo y en el año después de dar a luz. Esto puede afectar su salud y la salud de su bebé.
- » Si está teniendo cambios de humor, obtener ayuda es lo mejor que puede hacer para sí misma, su bebé y su familia. No está sola. Podemos ayudar.
- » Debido a que los cambios de humor son comunes e importantes para su salud, le vamos a hacer preguntas al respecto. Y debido a que pueden suceder en cualquier momento durante el embarazo y después del parto, le haremos algunas de las mismas preguntas nuevamente en visitas futuras.
- » **Por favor, responda los siguientes cuestionarios, todas las preguntas y todas las secciones.** Sus respuestas nos ayudarán a comprender por lo que está pasando y buscar una manera de ayudarla.

DE VUELTA A LA PÁGINA PARA COMENZAR —>

Su nombre _____ Fecha ____/____/____

Para uso del personal solamente - versión de PHQ-9: inicial mitad postparto

Por favor, encierre en un círculo una de las cuatro respuestas que mejor corresponda:
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han afectado los siguientes?

PARTE A
PHQ-9

	0	1	2	3
Poco interés o placer en hacer las cosas	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse decaída, deprimida o desesperanzada	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Dificultad para dormirse o permanecer dormida, o dormir demasiado	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse cansada o con poca energía	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco apetito o comer demasiado	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse mal sobre sí misma o que es un fracaso o una decepción para sí misma o su familia	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o ver televisión	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Moverse o hablar tan lento que otras personas se dan cuenta. O lo opuesto: estar tan inquieta que se está moviendo más de lo normal	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Pensar que sería mejor si estuviera muerta o pensar hacerse daño a sí misma	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

Por favor, continúe con la Parte B (próxima página)

Su nombre _____

Fecha ____/____/____

Continúe...

PARTE B

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas? Encierre en un círculo una de las cuatro respuestas.

GAD-7

	0	1	2	3
Sentirse nerviosa, ansiosa o irritable	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
No poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Dificultad para relajarse	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Estar tan inquieta que es difícil sentarse y quedarse tranquila	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Molestarse o irritarse fácilmente	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse con miedo como si algo malo fuera a suceder	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<u>Si marcó alguno de estos problemas</u> , ¿qué tan difícil ha hecho que lleve a cabo su trabajo, cuide de las cosas de la casa o se lleve bien con otras personas?	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Por favor, continúe con la Parte C (próxima página)

Su nombre _____

Fecha ____/____/____

Encierre en un círculo la letra que indique su respuesta a las siguientes preguntas:

PARTE C
MDQ

	NO	SÍ
¿Ha tenido alguna vez un periodo de tiempo en su vida en el que no se sentía la misma de siempre y...		
... se sentía tan bien o tan hiperactiva que otras personas pensaban que no parecía la misma de siempre, o estaba tan hiperactiva que se metió en problemas?	N	S
... estaba tan irritable que le gritaba a la gente o comenzaba peleas o discusiones?	N	S
... se sentía más segura de sí misma que de costumbre?	N	S
... durmió mucho más de lo normal y se dio cuenta que realmente le hacía falta?	N	S
... hablaba mucho más de lo normal o hablaba mucho más rápido?	N	S
... pasaban muchos pensamientos por su cabeza o no podía relajar la mente?	N	S
... estaba tan distraída por las cosas a su alrededor que no podía concentrarse o mantenerse enfocada?	N	S
... tenía mucha más energía de lo normal?	N	S
... estaba mucho más activa o hacía muchas más cosas de lo normal?	N	S
... estaba mucho más sociable o extrovertida de lo normal, por ejemplo, llamaba por teléfono a sus amigos en medio de la noche?	N	S
... le interesaba mucho más el sexo de lo normal?	N	S
... hacía cosas que no eran lo usual para usted o que otras personas pensaban que eran excesivas, locas o riesgosas?	N	S
... gastó tanto dinero que usted o su familia se metieron en problemas?	N	S
Encierre en un círculo la letra que indique su respuesta a las siguientes dos preguntas:		
Si marcó SÍ a más de una de las de arriba, ¿ocurrieron varias de estas durante el mismo periodo de tiempo?	N	S
¿Alguno de sus parientes consanguíneos (por ejemplo, hijos, hermanos, padre, madre, abuelos, tías, tíos) tiene enfermedad maníaco-depresiva o trastorno bipolar?	N	S

Por favor, continúe con la Parte D (próxima página)

Su nombre _____

Fecha ____/____/____

Continúe...

**PARTE D
PC PTSD-5**

Algunas veces, las personas pasan por situaciones que son particularmente o especialmente aterradoras, horribles o traumáticas. Por ejemplo:

- » Un accidente grave o incendio
- » Una guerra
- » Una agresión o abuso físico o sexual
- » Ver a alguien morir o herirse de gravedad
- » Un terremoto o inundación
- » Un ser querido que es asesinado o se suicida

¿Ha pasado por una situación de este tipo? Por favor, encierre en un círculo su respuesta:

NO

SÍ

Si su respuesta es NO, usted ha completado el cuestionario. Si su respuesta es SÍ, por favor continúe.

En el último mes, ¿usted...

... ha tenido pesadillas sobre la situación o ha pensado en la situación cuando no quería hacerlo?

NO

SÍ

... ha intentado realmente no pensar en la situación o hizo un esfuerzo grande por evitar situaciones que le recordaban lo que pasó?

NO

SÍ

... ha estado constantemente en guardia, atenta o se asusta fácilmente?

NO

SÍ

... se ha sentido insensible o indiferente hacia las personas, actividades o su entorno?

NO

SÍ

... se ha sentido culpable o no puede dejar de culparse o culpar a otros de la situación o de los problemas que puede haber causado la situación?

NO

SÍ

Muchas gracias. Nos alegra que se que haya tomado el tiempo para responder este cuestionario.