

Nombre del paciente _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

| Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta) | Ningún día | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sin apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

| | | | |
|---|--|--|---|
| No ha sido difícil <input type="checkbox"/> | Un poco difícil <input type="checkbox"/> | Muy difícil <input type="checkbox"/> | Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|---|
