

CUESTIONARIO DE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Durante las *últimas dos semanas*, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado por los siguientes problemas? (marque su respuesta con "✓")

	<i>Nunca</i>	<i>Varios días</i>	<i>Más de la mitad</i>	<i>Casi todos los días</i>
1. Tiene poco interés o encuentra poco placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Se siente desanimado, deprimido o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Tiene problemas para dormir o mantenerse dormido o duerme demasiado.	0	1	2	3
4. Se siente cansado o tiene poca energía.	0	1	2	3
5. Tiene poco apetito o come en exceso.	0	1	2	3
6. Siente falta de amor propio o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Encuentra dificultad en concentrarse, por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que la gente lo puede haber notado o de lo contrario, está tan agitado o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quiere hacerse algún daño.	0	1	2	3

suma de las columnas:

	+		+	
--	---	--	---	--

TOTAL:

--

10. Si usted se identificó con cualquiera de estos problemas, ¿qué dificultad le han ocasionado estos problemas al hacer su trabajo, ocuparse de la casa o llevarse bien con los demás?

Ninguna dificultad _____

Algo de dificultad _____

Mucha dificultad _____

Extrema dificultad _____