

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

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?  
(Use "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse el sueño o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Sentir poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo o tener un sentimiento de fracaso o de abandono propio o de la familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o bien, por el contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se mueve mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos acerca de que sería mejor estar muerto/a o deseos de lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquier problema, ¿qué grado de dificultad le generaron estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas?

No ha sido difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil