

Nombre:

Fecha:

 / /

Cuestionario Sobre La Salud Del Paciente (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
b Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
c Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
d Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
e Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
f Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
g Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
h Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
i Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

- Nada en absoluto**
- Algo difícil**
- Muy difícil**
- Extremadamente difícil**