CUESTIONARIO PACIENTE DE SALUD (PHQ-9)

NOMBRE: _____ **FECHA**: _____

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

	Nunca	Varios	Más de la mitad de los dias	Casi todos los dias
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio- o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la television	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podria dar cuenta-o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
Add columns:		+	+	

Total: 0

10.Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan deficil 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	☐ ☐ ☐ ☐