

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (Para indicar su respuesta rodee el número con un círculo)	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
1. Poco interés o alegría por hacer cosas	0	1	2	3
2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o de tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si ha marcado alguno de los problemas de este cuestionario, ¿hasta qué punto estos problemas le han creado dificultades para hacer su trabajo, ocuparse de la casa o relacionarse con los demás?

Ninguna dificultad

Algunas dificultades

Muchas dificultades

Muchísimas dificultades