

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

**Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a cualquiera de los siguientes problemas?**

*(Marque con una "✓" 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. Dificultades para quedarse dormido/a o mantenerse durmiendo, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer diario o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? O lo contrario — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse a sí mismo/a de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +         
=Total Score:       

**Si marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tanto le han dificultado estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas?**

**No ha sido difícil**

**Algo difícil**

**Muy difícil**

**Extremadamente difícil**