

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

| Durante las <u>últimas 2 semanas</u> ¿con qué frecuencia le ha molestado <u>alguno de los siguientes problemas?</u> (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