NOMBRE:_____

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

| **Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?** *(Marque con un "□" para indicar su respuesta)* | **Ningún día** | **Varios días** | **Más de la mitad de los días** | **Casi todos los días** |
|---|---|---|---|---|
| **1.** Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **2.** Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **3.** Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **4.** Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **5.** Sin apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **6.** Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **7.** Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **8.** ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **9.** Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |

**FOR OFFICE CODING** 0 + _____ + _____ + _____

**=Total Score:** _____

**Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

| **No ha sido difícil** | **Un poco difícil** | **Muy difícil** | **Extremadamente difícil** |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.