

Cuestionario sobre la salud del paciente

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1) Poco interés o placer en hacer cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Se ha sentido cansado/a o con poca energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Sin apetito o ha comido en exceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario - ha estado tan inquieto/a o agitado/a que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>