|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durante las últimas 2 semanas ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**  (Marque con un “X” 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 cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?** | | | | | | |
| **No ha sido fácil** | **Un poco difícil** | **Muy difícil** | **Extremadamente difícil** | | | |

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE – 9 (PHQ-9)**