

CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTE (PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha _____
Rut: _____

Durante las últimas dos semanas , ¿Con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? (marque su respuesta con un "✓")	Nunca	Algunos días	Más de la mitad del tiempo	Casi a diario
	0	1	2	3
1. Tener poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificultades para quedarse dormido(a), permanecer dormido(a), o dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tener poco apetito, o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentirse mal consigo mismo(a); sentirse fracasado(a) o que le ha fallado a su familia o a sí mismo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tener dificultades para concentrarse en cosas tales como leer el diario o mirar televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas puedan haberlo notado. O, por el contrario, estar tan inquieto(a) o agitado(a), que se haya estado moviendo más de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Haber tenido pensamientos que sería mejor estar muerto(a) o de querer hacerse daño de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Sume los puntajes de los casilleros marcados con ✓, por columna):	+	+		
Puntaje TOTAL				
(Cuento número de síntomas de la zona sombreada para diagnóstico inicial):	()			
10. Si usted se identificó con alguno de los problemas ¿Cuanta dificultad le han producido estos problemas para realizar su trabajo, atender las tareas de la casa o relacionarse con otras personas?	Ninguna dificultad		_____	
	Algo de dificultad		_____	
	Bastante dificultad		_____	
	Extrema dificultad		_____	