

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Ha padecido alguno de los trastornos siguientes en las últimas 2 semanas?
(Responda con una "✓")

	No	Varios días	Más de la mitad de los días	Prácticamente todos los días
1. He tenido poco interés o gusto por hacer las cosas	0	1	2	3
2. Me he sentido triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. He tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir, o duermo demasiado	0	1	2	3
4. Me he sentido cansado o desgastado	0	1	2	3
5. No tengo apetito o como demasiado	0	1	2	3
6. Me he sentido mal, como que soy un fracaso o que he defraudado a mi familia o a mí mismo	0	1	2	3
7. He tenido dificultad para concentrarme en cosas como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Me muevo o hablo con tanta lentitud que otros lo han notado o por el contrario, estoy tan inquieto y agitado que he estado más activo de lo normal	0	1	2	3
9. He pensado que sería mejor morir o en hacerme daño	0	1	2	3

Sume las columnas:

+ +

TOTAL:

(Al personal médico: Para fines de interpretación del total, consulte las instrucciones de la portada de la almohadilla desprendible)

10. Si padeció alguno de los trastornos, ¿en qué grado le dificultaron su trabajo, la atención del hogar o su convivencia con otros?

Nada _____
Algo _____
Mucho _____
Demasiado _____