

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-2/PHQ-9)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió preocupado por los siguientes problemas?</b>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o gusto al hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza.	0	1	2	3
<b>SI SU RESPUESTA A LAS PREGUNTAS N.º 1 Y 2 ES "0", DETÉNGASE AQUÍ.</b>				
3. Dificultad para conciliar el sueño o dormir, o bien, duerme demasiado.	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o falta de energía.	0	1	2	3
5. Falta de apetito o come demasiado.	0	1	2	3
6. Sentirse mal con usted mismo, creer que es un fracaso o que se ha defraudado a usted mismo o que ha decepcionado a su familia.	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas tal vez lo hayan notado, o lo contrario, estar tan inquieto o agitado que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensar que estaría mejor muerto o querer lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3
	Sumar columnas	+	+	
<b>TOTAL</b>				

<p><b>Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, hacerse cargo de las tareas de la casa o llevarse bien con otras personas a causa de estos problemas?</b></p>	<p>Para nada difícil _____                  Algo difícil _____                  Muy difícil _____                  Extremadamente difícil _____</p>
--	---