

Clinica de Medicina de Dolor
Robert Castro Velázquez, MD, DABA
Diplomate of The American Board of Anesthesiology
 787-834-2994 | *clinica.robertcastro@gmail.com*

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Durante las últimas dos semanas ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? Circule su respuesta.

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído (a) o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a), o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
Se ha sentido cansado (a) o con poca energía	0	1	2	3
Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo (a) – o es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo (a) o con su familia.	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
¿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 mas de lo normal.	0	1	2	3
Pensamiento de que estaría mejor muerto (a) o de lastimarse de alguna manera)	0	1	2	3

Sume las columnas

+

+

TOTAL

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 difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil