

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(Use "✓" to indicate your answer)

| | Not at all | Several days | More than half the days | Nearly every day |
|---|------------|--------------|-------------------------|------------------|
| 1. Little interest or pleasure in doing things | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Feeling down, depressed, or hopeless | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Feeling tired or having little energy | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Poor appetite or overeating | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Feeling bad about yourself — or that you are a failure or have let yourself or your family down | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

| | | | |
|---|---|---|--|
| Not difficult at all <input type="checkbox"/> | Somewhat difficult <input type="checkbox"/> | Very difficult <input type="checkbox"/> | Extremely difficult <input type="checkbox"/> |
|---|---|---|--|

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

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "1" 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 difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil