

Evaluación emocional

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" 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 diario 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
Subpuntaje:	0	____+	____+	____+
Puntaje total:	_____			
Pautas de interpretación	0-4 = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos. 5-9 = síntomas depresivos leves. 10-14 = síntomas depresivos moderados. 15-19 = síntomas depresivos moderados a graves. 20-27 = síntomas depresivos graves.			

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