



PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		NUNCA	VARIOS DIAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DIAS	CASI TODOS LOS DIAS
1.	Tener poco interes o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2.	Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3.	Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4.	Sentirse cansado/a a tener poca energia	0	1	2	3
5.	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.	Sentir falta de amor propio- o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7.	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8.	Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podria dar cuenta -o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9.	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

add columns: +

TOTAL:

10.	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan dificil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto	_____
		Algo dificil	_____
		Muy dificil	_____
		Extremadamente dificil	_____

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs Robert L Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr Spitzer at ris8@columbia.edu Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.