

**Patient Health Questionnaire PHQ-9**  
 Nine Symptom Checklist (Spanish)

Nombre \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy \_\_\_\_\_

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

	<b>Nunca</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimada, deprimida, o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormida, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansada o tener poca energía				
5. Temer poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si misma su familia				
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitada o inquieta que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que haría daño de alguna manera				
Total Score _____ =	_____ +	_____ +	_____ +	_____

B. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto                      Algo difícil                      Muy difícil                      Extremadamente difícil