



### PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) - SPANISH

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Durante *las últimas 2 semanas* ¿qué tan seguido se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas? (Por favor elija *su respuesta*)

	Esto no me ocurrió para nada	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 triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
	0 +	+	+	
<i>If total is less than 3, patient Depression Risk is complete and no need to proceed to rest of the questionnaire. If total is 3 or greater, proceed with the rest of the questionnaire.</i>				TOTAL:

	Esto no me ocurrió para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
3. Ha tenido problemas para dormir o para permanecer dormido, o ha dormido de más	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Ha tenido poco apetito o ha comido de más	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal consigo mismo, o ha pensado que es un fracasado, que ha decepcionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Ha tenido problemas para concentrarse, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Se ha movido o ha hablado tan despacio que otras personas pueden haber notado esto. O por el contrario, ha estado tan inquieto o ansioso que se ha estado moviendo más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha tenido pensamientos de que preferiría estar muerto, o pensamientos de lastimarse a sí mismo de algún modo	0	1	2	3
	0 +	+	+	
<i>(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card).</i>				TOTAL:

10. Si marcó *cualquiera* de los problemas en este cuestionario, ¿qué tan *difícil* le ha resultado poder trabajar, hacerse cargo de las cosas en casa, o llevarse bien con otras personas, a causa de esos problemas?

- Nada difícil    
 Algo difícil    
 Muy difícil    
 Extremadamente difícil

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

