

PHQ-9: Modificado

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: ¿Con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas? Para cada síntoma, marque con una "X" la casilla debajo de la respuesta que mejor describa cómo se ha estado sintiendo.

	(0) <i>Para nada</i>	(1) <i>Varios Días</i>	(2) <i>Más de la mitad de los días</i>	(3) <i>Casi todos los días</i>
¿Se siente decaído, deprimido, irritable o sin esperanza?				
¿Poco interés en hacer cosas?				
¿Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado?				
¿Poco apetito, pérdida de peso o comer en exceso?				
¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
¿Te sientes mal contigo mismo, o sientes que eres un fracaso, o que te has defraudado a ti mismo o a tu familia?				
¿Tiene problemas para concentrarse en cosas como el trabajo escolar, leer o mirar televisión?				
¿Moviéndose o hablando tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? ¿O lo contrario, estar tan inquieto mucho más de lo habitual?				
¿Pensamientos de que estarías mejor muerto o de lastimarte de alguna manera?				

¿En el último año, se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso cuando se sentía bien?
 Sí No

Si está experimentando alguno de los problemas de este formulario, ¿qué tan difícil le han resultado estos problemas para hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en el hogar o llevarse bien con otras personas?
 Nada difícil Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

¿Ha habido algún momento en el último mes en el que haya tenido pensamientos serios sobre acabar con tu vida?
 Sí No

¿Alguna vez, en toda su vida, ha intentado suicidarse o ha intentado suicidarse?
 Sí No

¿Hubo algún momento en el último mes en el que escuchó voces que otros no pueden escuchar?
 Sí No

Solo para uso de la oficina	Score _____
------------------------------------	--------------------