

# PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?  
(use “✓” to indicate your answer.)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

Add columns:

+  +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to instructions on tear-off pad cover)

TOTAL:

10. If you checked off *any* problems, how *difficult* have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all \_\_\_\_\_  
Somewhat difficult \_\_\_\_\_  
Very difficult \_\_\_\_\_  
Extremely difficult \_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL PACIENTE (PHQ-9)

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

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

¿Ha padecido alguno de los trastornos siguientes en las últimas 2 semanas?  
(Responda con una "✓")

	No	Varios días	Más de la mitad de los días	Prácticamente todos los días
1. He tenido poco interés o gusto por hacer las cosas	0	1	2	3
2. Me he sentido triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. He tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir, o duermo demasiado	0	1	2	3
4. Me he sentido cansado o desganado	0	1	2	3
5. No tengo apetito o como demasiado	0	1	2	3
6. Me he sentido mal, como que soy un fracaso o que he defraudado a mi familia o a mí mismo	0	1	2	3
7. He tenido dificultad para concentrarme en cosas como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Me muevo o hablo con tanta lentitud que otros lo han notado o por el contrario, estoy tan inquieto y agitado que he estado más activo de lo normal	0	1	2	3
9. He pensado que sería mejor morir o en hacerme daño	0	1	2	3

Sume las columnas:

+  +

(Al personal médico: Para fines de interpretación del total, consulte las instrucciones de la portada de la almohadilla desprendible)

TOTAL:

10. Si padeció alguno de los trastornos, ¿en qué grado le dificultaron su trabajo, la atención del hogar o su convivencia con otros?

Nada \_\_\_\_\_  
Algo \_\_\_\_\_  
Mucho \_\_\_\_\_  
Demasiado \_\_\_\_\_