

# PHQ-9: MODIFIED FOR TEENS

PACIENTE/PATIENT: \_\_\_\_\_

FECHA/DATE: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

¿Con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas  
Para cada síntoma, ponga una "X" en el cuadro debajo de la respuesta que mejor describe cómo se ha estado sintiendo.

<b>Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le han molestado...</b>	<i>(0)</i> <b>Nunca</b>	<i>(1)</i> <b>Varios días</b>	<i>(2)</i> <b>Más de la mitad de los días</b>	<i>(3)</i> <b>Casi todo los días</b>
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormida, o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a 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, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera				
10. Si usted se identificó con cualquiera de estos problemas, ¿qué dificultad le han ocasionado estos problemas al hacer su trabajo, ocuparse de la casa o llevarse bien con los demás	_____	_____	_____	_____
		Ninguna dificultad		
		Algo de dificultad		
		Mucha dificultad		
		Extrema dificultad		

*Si tiene pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño, por favor hable con su médico, vaya a un hospital de urgencias, o llame al 911.*

<b>SOLO PARA USO DE OFICINA</b> ( OFFICE USE ONLY )	<b>PUNTAJE DE GRAVEDAD:</b> _____ (SEVERITY SCORE)
--	---