



# EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PHQ-9

Psicólogo: \_\_\_\_\_

Fecha:

*Día/Mes/Año*

Nombre de Usted: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque porfavor la casilla para indicar su respuesta.

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1- Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Con poco apetito o ha comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntaje (no llenar):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anotaciones del Psicólogo:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

Al enviar el presente documento usted  
autoriza utilizarlo para fines de  
su proceso clínico

