



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

## PHQ-4

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia a usted le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

(Use "✓" para indicar su respuesta)

Para nada    Varios días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días

1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al límite.	0	1	2	3
2. Ser incapaz de controlar o dejar de preocuparse.	0	1	2	3
3. Poco interés o placer en hacer cosas.	0	1	2	3
4. Sentirse decaído(a), deprimido(a), o sin esperanza.	0	1	2	3

( \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )