

# PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas

**Nombre del paciente**

**Fecha**

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

d. Se siente cansado o tiene poca energía.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

e. Tiene poco o excesivo apetito.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.

**Nunca                  Varios días                  Más de la mitad de los días                  Casi todos los días**

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

**Nada difícil                  Un poco difícil                  Muy difícil                  Extremadamente difícil**

*Derechos de propiedad intelectual de Pfizer Inc., pero se puede fotocopiar a voluntad*

# PHQ-9: Hoja de registro de puntuación

Nombre del  
paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

- 1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.				
b. Se ha sentido triste, deprimido o desesperado.				
c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierto o duerme demasiado.				
d. Se siente cansado o tiene poca energía.				
e. Tiene poco o excesivo apetito.				
f. Se ha sentido mal consigo mismo, ha sentido que usted es un fracaso o ha sentido que se ha fallado a sí mismo o a su familia.				
g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.				
h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieto o intranquilo que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.				
i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.				
Totales				

- 2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?**

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

Copyright de Pfizer Inc., pero puede ser fotocopiado a voluntad

# Cómo asignar puntuación al cuestionario PHQ-9

## Método de puntuación para el diagnóstico

### Se sugiere síndrome depresivo mayor si:

- 5 o más de los 9 incisos se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”.
- Ya sea el inciso 1a o 1b es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”.

### Se sugiere síndrome depresivo menor si:

- De los 9 incisos, b, c o d se indicaron como al menos “Más de la mitad de los días”.
- Ya sea el inciso 1a o 1b es positivo, es decir, al menos “Más de la mitad de los días”.

## Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento

### Pregunta uno

- Para calificar la primera pregunta, marque cada respuesta con el valor en número de cada respuesta:

Nunca = 0

Varios días = 1

Más de la mitad de los días = 2

Casi todos los días = 3

- Sume los números para obtener la puntuación total.
- Para interpretar la puntuación, utilice la siguiente guía:

Puntuación	Acción
$\leq 4$	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
$> 5$ a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
$\geq 15$	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

### Pregunta dos

En la pregunta dos, la respuesta del paciente puede ser una de las siguientes cuatro: Nada difícil, Un poco difícil, Muy difícil, Extremadamente difícil. Las dos últimas respuestas sugieren que la funcionalidad del paciente se ha visto afectada. Tras haber comenzado el tratamiento, el nivel de funcionalidad se evalúa nuevamente para ver si el paciente está mejorando.

*Copyright de Pfizer Inc., pero puede ser fotocopiado a voluntad*