



**CUESTIONARIO SOBRE  
LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)**

**MetroHealth de Metro West**  
6150 MetroWest Blvd., Suite 307  
Orlando, FL 32835  
Tel: 407-294-1014  
Fax: 407-294-7732

Nombre del paciente:

Fecha de la visita:

**Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado alguno de los siguientes problemas?**

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer por hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse sin ánimos, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido/a o dormir demasiado	0	1	2	3
Sensación de cansancio o de poca energía	0	1	2	3
Pérdida de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracasado o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
Problemas para concentrarse en hacer cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberlo notado. O, lo contrario: estar tan inquieto/a que se ha movido mucho más de lo habitual	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Columna totales     +  +

**TOTAL**   

**Si ha marcado algún problema, ¿en qué medida esos problemas le han dificultado el trabajo, las tareas domésticas o la relación con otras personas?**

- Nada                     
  Algo                     
  Mucho                     
  Extremadamente

Calificación	Gravedad de la	Calificación	Gravedad de la depresión
1-4	Depresión mínima	15-19	Depresión moderadamente grave
5-9	Depresión leve	20-27	Depresión grave
10-14	Depresión moderada		

PHQ9 Copyright Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. PRIME-MD es una marca comercial de Pfizer Inc. A2662B 10-04-2005