|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cuestionario de la salud del paciente adolescente**  **PHQ-A** | | |
| **Nombre:** |  | **Fecha:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Instrucciones:** Durante las últimas **dos semanas**, ¿con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma escribe una **“X”** en la casilla debajo de la respuesta que mejor describa  cómo te sientes. | | | | | |
|  | | **(0)**  **Nunca** | **(1)**  **Varios días** | **(2)**  **Más de la**  **mitad de los días** | **(3)**  **Casi todos los días** |
| 1. | ¿Te sientes desanimado, deprimido, irritado o sin esperanza? |  |  |  |  |
| 2. | ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas? |  |  |  |  |
| 3. | ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido o duermes demasiado? |  |  |  |  |
| 4. | ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso? |  |  |  |  |
| 5. | ¿Te sientes cansado o con poca energía? |  |  |  |  |
| 6. | ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia? |  |  |  |  |
| 7. | ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión? |  |  |  |  |
| 8. | ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota?  O de lo contrario, ¿estás tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado? |  |  |  |  |
| 9. | ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quieres hacerte daño? |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun si te has sentido bien algunas veces?   * **Sí**  **No** |
| Si estás pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿cuánta **dificultad** te han ocasionado estos problemas para hacer tu trabajo, ocuparte de tus labores en casa o llevarte bien con los demás?   * Ninguna dificultad  Algo de dificultad  Mucha dificultad  Extrema dificultad |

|  |
| --- |
| En el **último mes**, ¿ha habido algún momento cuando has pensado seriamente en terminar con tu vida?   * **Sí**  **No** |
| En **ALGÚN** momento en tu VIDA, ¿has tratado de matarte o suicidarte?   * **Sí**  **No** |

**Solamente para uso de oficina: Office use only:**

**Severity score:**

This document is in the public domain