

Cuestionario de la salud del paciente adolescente

PHQ-A

Nombre: _____ **Profesional clínico:** _____ **Fecha:** _____
Fecha de Nacimiento: _____

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: