

Cuestionario de Salud del Paciente — Modificado para Adolescentes

Nombre:

Fecha:

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?	0	1	2	3
2. ¿Sentirse deprimido, decaído, irritable o sin esperanza?	0	1	2	3
3. ¿Problemas para quedarse dormido, permanecer dormido o dormir demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Sentirse cansado o con poca energía?	0	1	2	3
5. ¿Poco apetito, pérdida de peso o comer en exceso?	0	1	2	3
6. ¿Sentirse mal consigo mismo — o sentir que es un fracaso o que se ha fallado a sí mismo o a su familia?	0	1	2	3
7. ¿Problemas para concentrarse en cosas como el trabajo escolar, la lectura o ver televisión?	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan lento que otras personas lo podrían haber notado? ¿O lo contrario, estar tan inquieto o agitado que ha estado moviéndose mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. ¿Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera?	0	1	2	3
<i>Para uso en consultorio: 0 + ____ + ____ + ____ = Puntuación Total:</i>				
10. Si está experimentando alguno de los problemas en este formulario, ¿qué tan difícil han hecho estos problemas su trabajo, el cuidado de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es difícil en absoluto	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
11. En el último año, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si a veces se sintió bien?		Sí	No	
12. ¿Hubo un momento en el último mes en que tuvo pensamientos serios de terminar con su vida?		Sí	No	
13. ¿Alguna vez en toda su vida ha intentado matarse o ha hecho un intento de suicidio?		Sí	No	