



**CUESTIONARIO DE SALUD PARA PACIENTES ADOLESCENTES (PHQ-9)**  
**(PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) ADOLESCENTS – SPANISH)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Durante las últimas dos semanas, con qué frecuencia has tenido algunos de los siguientes problemas?  
 (Encierra tu respuesta en un círculo).

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Decaimiento, depresión, irritabilidad o desesperanza	0	1	2	3
2. Poco interés o placer al hacer cosas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Falta o exceso de apetito, o pérdida de peso	0	1	2	3
5. Cansancio o poca energía	0	1	2	3
6. Sentimientos negativos hacia ti mismo, como sensación de fracaso, o de haberte decepcionado a ti o a tu familia	0	1	2	3
7. Problemas de concentración en algunas actividades, como hacer las tareas escolares o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverte o hablar de manera tan lenta que otras personas lo hayan notado o, por el contrario, estar tan nervioso e inquieto, que te hayas mantenido activo más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor si estuvieses muerto o de lastimarte	0	1	2	3
	0 +	+	+	
(Profesional de atención de la salud: para interpretar el TOTAL, consulte la tarjeta de puntajes adjunta).			<b>TOTAL:</b>	

En el último año, te sentiste deprimido o triste la mayoría de los días, aunque te hayas sentido bien en ciertos momentos?

Sí     No

Si estás experimentando algunos de los problemas mencionados en este formulario, qué tan difícil ha sido lidiar con ellos mientras haces tus tareas, te ocupas de las actividades del hogar o te relacionas con otras personas?

Nada difícil     Algo difícil     Muy difícil     Extremadamente difícil

Hubo algún momento en el último mes en que hayas tenido pensamientos serios sobre terminar con tu vida?

Sí     No

Alguna vez **A LO LARGO DE TODA TU VIDA** intentaste matarte o llevaste a cabo un intento de suicidio?

Sí     No

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 (Patient Signature) (Date) (Time)

Firma del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 (Staff Signature) (Date) (Time)

