





PHQ-9 - Adolescente

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Qué tan a menudo le han molestado cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas <u>dos semanas</u> ?				
Poco interés en o placer al hacer las cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido, irritable o desesperanzado	0	1	2	3
Le cuesta trabajo quedarse dormido, permanecer dormido, o duerme demasiado	0	1	2	3
Se siente cansado o tiene poca energía	0	1	2	3
Poco apetito, pérdida de peso o come demasiado	0	1	2	3
Se siente mal consigo mismo – o siente que es un fracaso, o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
Le cuesta trabajo concentrarse en cosas como tareas escolares, leer o ver la televisión	0	1	2	3
Se mueve o habla tan lentamente que otras personas pueden notarlo, o al contrario – está tan inquieto que se mueve más de lo usual	0	1	2	3
Ha pensado que sería mejor estar muerto, o considerado hacerse daño de alguna forma	0	1	2	3

¿Se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días durante el año pasado, aun cuando se haya sentido bien algunas veces?

- Sí
- No

Si usted está pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan **difícil** le han hecho estos realizar su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con los demás?

- Nada difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Sumamente difícil

¿Ha habido algún momento durante el mes pasado cuando haya pensado seriamente en un intento de suicidio?

- Sí
- No

¿**ALGUNA VEZ**, durante su vida entera, ha tratado de quitarse la vida o intentado suicidarse?

- Sí
- No