





PHQ-9 - Adolescente

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo 	Varios días 	Más de la mitad de los días 	Casi todos los días 
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- No ha sido difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

¿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

¿Ha habido algún momento durante el **mes pasado** cuando haya pensado seriamente en suicidarse?

- Sí
- No

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

- Sí
- No