

ACCESS TO CARE - YOUTH

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

PHQ-A (Ages 11-17)

Instrucciones: En los últimos 7 días, ¿qué tan a menudo te has sentido afectado por cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma, escribe una "X" en el casillero debajo de la respuesta que mejor describa como te has estado sintiendo.		Nunca 0	Varios días 1	Mas de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
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, ¿estas tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado?				
9.	¿Piensas que sería mejor estar muerto o que quieres hacerte daño?				

(continue on reverse side)