

Cuestionario acerca del estado de ánimo y estrés en adolescentes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de visita: _____
 (Name) (Birthdate) (Visit Date)

Pedimos a todos nuestros pacientes adolescentes que completen este formulario al menos una vez al año porque el estrés, el estado de ánimo y el uso de sustancias pueden afectar su salud. Por favor, pregunte a su médico si tiene alguna pregunta.

Estrés (GAD-7)

Durante las ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
 (How often have you been bothered by each of the following symptoms during the PAST 2 WEEKS?)

**NINGÚN
DÍA**
(Not at all)

**VARIOS
DÍAS**
(Several days)

**MÁS DE LA
MITAD DE
LOS DÍAS**
(More than half the days)

**CASI TODOS
LOS DÍAS**
(Nearly every day)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta (Feeling nervous, anxious, or on edge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación (Not being able to stop or control worrying)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes (Worrying too much about different things)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha tenido dificultad para relajarse (Trouble relaxing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a) (Being so restless that it's hard to sit still)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se ha molestado o irritado fácilmente (Becoming easily annoyed or irritable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar (Feeling afraid as if something awful might happen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

8. 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? (If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)

No ha sido difícil (Not difficult at all)

Muy difícil (Very difficult)

Un poco difícil (Somewhat difficult)

Extremadamente difícil (Extremely difficult)

Estado de ánimo (PHQ-9)

Durante las ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(How often have you been bothered by each of the following symptoms during the PAST 2 WEEKS?)

NINGÚN DÍA
(Not at all)

VARIOS DÍAS
(Several days)

MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS
(More than half the days)

CASI TODOS LOS DÍAS
(Nearly every day)

1. Poco interés o placer en hacer cosas (Little interest or pleasure in doing things)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), irritado(a) o sin esperanzas (Feeling down, depressed, irritable, or hopeless)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha tenido dificultad para dormirse, quedarse dormido o duerme demasiado (Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se ha sentido cansado(a) o tiene poca energía (Feeling tired or having little energy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Poco apetito, pérdida de peso o come demasiado (Poor appetite, weight loss, or overeating)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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 (Feeling bad about yourself – or feeling that you are a failure, or that you have let yourself or your family down)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como tareas escolares, leer o ver televisión (Trouble concentrating on things like schoolwork, reading, or watching TV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿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 (Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite – being so fidgety or restless that you were moving around a lot more than usual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera (Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0 1 2 3

10. ¿En el AÑO PASADO se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces? (In the PAST YEAR, have you felt depressed or sad most days, even if you felt okay sometimes?)

Sí (Yes) **No**

11. 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? (If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?)

No ha sido difícil (Not difficult at all)

Un poco difícil (Somewhat difficult)

Muy difícil (Very difficult)

Extremadamente difícil (Extremely difficult)

12. ¿En el MES PASADO hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida? (Has there been a time in the PAST MONTH when you have had serious thoughts about ending your life?)

Sí (Yes) **No**

13. ¿ALGUNA VEZ en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse? (Have you EVER, in your WHOLE LIFE, tried to kill yourself or made a suicide attempt?)

Sí (Yes) **No**

Uso de sustancias (CRAFTT)

NO

SÍ (Yes)

1. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**: (In the **LAST 12 MONTHS**)

- a. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Did you drink any alcohol?)
- b. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís? (Did you smoke any marijuana or hashish?)
- c. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia? (Did you use anything else to get high?)

2. ¿Ha viajado, **ALGUNA VEZ**, en un carro o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? (Have you **EVER** ridden in a car driven by someone (including yourself) who was high or had been using alcohol or drugs?)

Si respondió "NO" a todas las preguntas, **ya terminó.**

Si respondió "SÍ" a cualquier pregunta, **responda las preguntas #3-7 a continuación.**

***** Basándose en sus respuestas anteriores, omita o complete las preguntas #3-7. *****

NO

SÍ (Yes)

3. ¿Ha usado, **ALGUNA VEZ**, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo? (Do you **EVER** use alcohol or drugs to relax, feel better about yourself, or fit in?)

4. ¿**ALGUNA VEZ** ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba solo o sola, sin compañía? (Do you **EVER** use alcohol or drugs while you are by yourself, or alone?)

5. ¿Se le ha olvidado, **ALGUNA VEZ**, lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? (Do you **EVER** forget things you did while using alcohol or drugs?)

6. ¿Le han sugerido, **ALGUNA VEZ**, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? (Do your family or friends **EVER** tell you that you should cut down on your drinking or drug use?)

7. ¿Se ha metido, **ALGUNA VEZ**, en líos o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas? (Have you **EVER** gotten into trouble while you were using alcohol or drugs?)