

Cuestionario de Salud de los

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

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

El alcohol y las drogas (CARLOS):

Durante los últimos doce meses:

¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)?

No

Sí

¿Fumó, vaporizó o comió cualquier tipo de marihuana?

¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?

Si respondió con un No las tres primeras preguntas pase ahora a la pregunta #1

Si respondió con un Sí a CUALQUIERA de las tres primeras preguntas pase ahora a las preguntas #1-#6

No

Sí

1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un carro o vehículo conducido por una persona (incluyéndolo a usted) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

2. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?

3. ¿Ha consumido, alguna vez, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva, encontrándose solo y sin compañía?

4. ¿Ha olvidado, alguna vez, lo que hizo al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

5. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

6. ¿Se ha metido, alguna vez, en lios o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?

Estado de animo (PHQ-2)

No

Sí

Durante las últimas dos semanas, ¿le han molestado sientte triste, deprimido o sin esperanza?

Durante las últimas dos semanas, ¿ha menudo han molestado poco interés o placer en hacer las cosas?

Si usted contestó sí a cualquiera de estas preguntas, responder a todas las preguntas en la espalda



Estado de animo (PHQ-9 Modified for Teens):

¿Qué tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las DOS ULTIMAS SEMANAS ?	Ninguno	Varios Días	Mas de la Mitad de los Días	Casi Todos los Días
1. ¿Poco interés or placer para hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se seinte deprimido, irritado, o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Poco apetito, perdida de peso, o come demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se seinte mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene problema para concetrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo? ¿O al contrario-esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0

1

2

3

<p>¿En EL AÑO PASADO se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas?</p> <p><input type="checkbox"/> No difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Sumamente difícil</p>
<p>¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

(For the clinician or behaviorist)

Interpreting the CRAFFT (substance use)

Each “Yes” response on questions 1-6 receives a point. Points are added for a total score:

Score*	Risk	Recommended action
“No” to 3 opening questions	Low risk	Positive reinforcement
“Yes” to question #1	Driving/Riding risk	Discuss plan to avoid driving after alcohol or drug use or riding with a driver who has been using alcohol or drugs (Consider using Contract for Life)
CRAFFT score = 0	Moderate risk	Brief advice
CRAFFT score = 1		Brief intervention
CRAFFT score \geq 2	High risk	Consider referral for further assessment

Interpreting the PHQ-2 (Depression)

A “Yes” response from adolescents on either question should result in administering a PHQ-Modified for Teens to assess depression severity.**

Interpreting the PHQ-9 Modified for Teens (Depression)

Questions #1-9 each receive 0-3 points, based on the corresponding column. Points are added for a total score:

Score***	Depression severity	Recommended action with adolescent patient
0 – 4	None	None
5 – 9	Minimal	Normalize & empathize. Discuss activities, sleep patterns, and family. Consider counseling.
10 - 14	Mild major depression	Consider co-managing with MH professional. Psychotherapy. Consider medication.
15 - 19	Moderate major depression	Conduct safety assessment. Consider crisis services. Consider medication. Refer to mental health provider.
20 - 27	Severe major depression	
“Yes” answer on any suicide question		Immediate follow up

* Committee on Substance Abuse. “Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians.” *Pediatrics* 2011, 128:e1330.

** Richardson LP, Rockhill C, Russo J, Grossman DC, Richards, J, McCarty C, McCauley E, Katon W. “Evaluation of the PHQ-2 as a Brief Screen for Detecting Major Depression Among Adolescents.” *Pediatrics* 2010, 125:e1097;

***Richardson L, McCauley E, Grossman DC, McCarty CA, Richards J, Russo JE, Rockhill C, Katon W. “Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents.” *Pediatrics* Volume 126, Number 6, December 2010.