

Cuestionario de la salud del adolescente

Confidencial

Favor de llenar este cuestionario cuando estén fuera del cuarto tus padres y luego entrégalo directamente al doctor.

Uso de sustancias ilícitas [preguntas CRAFFT (CRAFFT questions)]

Durante los últimos 12 meses, ¿hiciste alguno de los siguientes?:

	No	Sí
¿Tomaste alcohol (más de unos cuantos sorbos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Fumaste algo de marihuana o hachís? O quizá...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna otra cosa para ponerte “en onda” (drogado)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestaste ‘Sí’ a *cualquiera* de las preguntas de arriba, por favor contesta también las siguientes 5:

	No	Sí
¿Tomas alguna vez alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor de ti mismo o para ser parte ‘del grupo’?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tomas alguna vez alcohol o drogas cuando estás solo o que te sientes solitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Olvidas a veces cosas que hiciste cuando tomaste alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te dice a veces tu familia o amistades que debieras tomar menos o usar menos drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has metido alguna vez en problemas por tomar alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa aquí:

	No	Sí
¿Has paseado alguna vez en un auto conducido por alguien (incluso tú mismo) que anda “en onda” por haber tomado alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros aspectos de conducta

	No	Sí
¿Has jugado alguna vez con acciones que causan desmayo (como la 'broma' de estrangularte tú mismo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te has perforado el cuerpo (sin incluir las orejas) o te has puesto algún tatuaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te atraen los del sexo masculino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te atraen las del sexo femenino?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Eres, o piensas alguna vez si eres gay, lesbiana, bisexual, o transgénero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has sido alguna vez forzado o presionado a hacer algo de índole sexual que no querías hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales (incluso el coito o sexo oral)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás utilizando algún método para prevenir el embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestaste 'Sí', ¿qué método(s)?

¿Has estado embarazada alguna vez o has embarazado a alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Crees que pudieras tener tú o tu pareja alguna enfermedad o infección transmitida sexualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Te ha hecho sentir miedo alguien en casa, en la escuela o en alguna otra parte que te hayan amenazado o lastimado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has pensado alguna vez en lastimar a alguien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes alguna otra inquietud que quisieras hablar en privado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estado de ánimo (PHQ-2)

	No	Sí
Durante las últimas dos semanas, ¿te ha inquietado el poco interés o poco placer de hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante las últimas dos semanas, ¿te ha inquietado el sentirte decaído, deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestaste 'Sí' a *cualquiera* de estas dos, continúa por favor en la sig. página.

Si contestaste ‘Sí’ a *cualquiera* de las preguntas de ánimo que aparecen arriba, favor de continuar con las siguientes.

Estado de ánimo (PHQ-A)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con cuánta frecuencia te han molestado cualquiera de los siguientes problemas? Marca con palomilla la respuesta que mejor indique la manera como te sientes.	Nunca, nada. (0)	Varios días. (1)	Más de la mitad de los días. (2)	Casi a diario. (3)
1. ¿Decaído, deprimido, irritable, o desesperanzado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Poco interés o poco placer por hacer las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Dificultad para dormir / quedarte dormido, o dormir demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Falta de apetito, pérdida de peso, o comer de más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fatigado o con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Te sientes mal de ti mismo –que eres un fracaso, o que has quedado mal contigo mismo o con tu familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Dificultad para concentrarte al hacer cosas, ya sea de la escuela, al leer o al ver la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Te movías o hablabas tan lento que la gente lo pudo notar, o al contrario: anduviste tan inquieto o hiperactivo e hiciste o recorriste mucho más de lo usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerto, o de lastimarte tú mismo de algún modo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si estás sintiendo alguno de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil te han sido éstos para que puedas trabajar, para atender y hacer cosas en el hogar, o para llevarte bien con la demás gente?				
<input type="checkbox"/> Sin dificultad alguna.	<input type="checkbox"/> Un poco difícil.	<input type="checkbox"/> Bastante difícil.	<input type="checkbox"/> Mucho muy difícil.	
			No	Sí
Durante el año pasado , ¿te sentiste deprimido o triste la mayoría de los días, aunque a veces sí te sentías bien?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hubo alguna vez durante el mes pasado cuando pensaste en serio acabar con tu vida?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Has intentado suicidarte alguna vez en toda tu vida ?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interpretation of CRAFFT questions for substance use

Score 1 point for each positive question after the first 3 questions, up to and including the car question.

Score	Risk	Recommended action
“No” to 3 opening questions	Low risk	Positive reinforcement
“Sí” to car question	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 ≥ 2	High risk	Consider referral for further assessment

Interpretation of PHQ-A

Score	Depression severity	Recommended action
0–4	None	None
5–9	Mild	Normalize & empathize. Discuss activities, sleep patterns, and family. Consider counseling.
10–14	Moderate	Consider co-managing with MH professional. Psychotherapy. Consider medication.
15–20	Moderately severe	Conduct safety assessment. Consider crisis services. Consider medication. Refer to mental health provider.
20–27	Severe	Conduct safety assessment. Consider crisis services. Consider medication. Refer to mental health provider.
“Sí” on any suicide question		IMMEDIATE FOLLOW-UP

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS EN INGLÉS:

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;

Kroenke K, Spitzer R, Williams W. “The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure.” *JGIM* 2001, 16:606-616.