

# Programa de evaluación de la salud mental de 6.º a 12.º grado

## 1. PHQ-4 (PHQ-2 and GAD-2)

### PHQ-2

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?	0	1	2	3
2. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanza?	0	1	2	3
<b>Si alcanzan un umbral positivo, se formularán las preguntas de evaluación restantes (PHQ-9 completo).</b>				
3. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o ha dormido demasiado?	0	1	2	3
4. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia se ha sentido cansado o con poca energía?	0	1	2	3
5. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido poco apetito o ha comido en exceso?	0	1	2	3
6. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia?	0	1	2	3
7. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión?	0	1	2	3
8. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia se ha movido o hablado tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? O al contrario, ¿está tan impaciente o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	0	1	2	3
9. <b>Over the last 2 weeks</b> , ¿con qué frecuencia ha pensado que estaría mejor muerto o lastimándose de alguna manera?	0	1	2	3

### GAD-2

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o al límite?	0	1	2	3
2. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia no ha podido detener o controlar las preocupaciones?	0	1	2	3
<b>Si alcanzan un umbral positivo, se formularán las preguntas de evaluación restantes (GAD-7 completo).</b>				
3. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia se ha preocupado demasiado por diferentes cosas?	0	1	2	3
4. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para relajarse?	0	1	2	3
5. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha estado tan inquieto que le resulta difícil quedarse quieto?	0	1	2	3
6. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia se ha enfadado o irritado con facilidad?	0	1	2	3
7. <b>Durante las últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha sentido miedo, como si algo terrible pudiera suceder?	0	1	2	3

## 2. C-SSRS

		Marque una opción con un círculo	
1.	<b>En el último mes</b> , ¿ha deseado estar muerto o ha deseado dormirse y no despertarse?	No	Sí
2.	<b>En el último mes</b> , ¿ha tenido algún pensamiento de suicidio?	No	Sí
Si la respuesta es <b>SÍ</b> a las 2, responda todas las preguntas restantes Si la respuesta es <b>NO</b> a las 2, pase directamente a las preguntas 6 y 7			
3.	<b>En el último mes</b> , ¿ha pensado en cómo podría hacerlo?	No	Sí
4.	<b>En el último mes</b> , ¿ha tenido alguna intención de llevar a cabo estos pensamientos de suicidarse, a diferencia de que tiene los pensamientos pero definitivamente no los pondría en práctica?	No	Sí
5.	<b>En el último mes</b> , ¿ha empezado a elaborar o preparar los detalles de cómo suicidarse? ¿Intentó llevar a cabo este plan?	No	Sí
	<b>Durante su vida</b> , ¿ha hecho algo, ha empezado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para acabar con su vida?  <b>Ejemplos:</b> Obtener pastillas, conseguir un arma, regalar objetos de valor, escribir un testamento o una nota de suicidio, tener un arma pero cambiar de opinión, cortarse, intentar ahorcarse, etc.	No	Sí
	<b>En los últimos 3 meses</b> , ¿ha hecho algo, ha empezado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo para acabar con su vida?  <b>Ejemplos:</b> Obtener pastillas, conseguir un arma, regalar objetos de valor, escribir un testamento o una nota de suicidio, tener un arma pero cambiar de opinión, cortarse, intentar ahorcarse, etc.	No	Sí

## 3. S2BI

¿En el último año, cuántas veces consumió:	Nunca	Una o dos veces	Una vez al mes	Todas las semanas o más
1. Nicotina/tabaco (incluyendo cigarrillos, cigarrillos electrónicos o vaporizadores)?	0	1	2	3
2. Alcohol?	0	1	2	3
3. Marihuana (como fumar, vaporizadores o comestible)?	0	1	2	3
4. Medicamentos con receta que no le recetaron (como analgésicos o Adderall)?	0	1	2	3
5. Drogas ilegales (como cocaína, éxtasis o Molly)?	0	1	2	3
6. Inhalantes (como el óxido nitroso)?	0	1	2	3
7. Hierbas o drogas sintéticas (como salvia, "K2" o sales de baño)?	0	1	2	3

## 4. SDOH (Selected items from RAAPS-PH and Maven)

Circle one		
1. ¿En los últimos 12 meses, a menudo faltaste a la escuela porque tenías que cuidar a alguien, trabajar o tenías otros problemas para llegar a la escuela?	No	Sí
2. ¿En los últimos 6 meses, alguna vez tuviste que quedarte a pasar la noche en un refugio, motel, automóvil o en algún otro lugar porque no tenías un hogar para quedarte?	No	Sí
3. ¿En los últimos 6 meses, ¿siempre tuviste agua disponible en los lavabos y las bañeras del lugar donde vivías?	No	Sí
4. ¿En los últimos 6 meses, sin incluir los cortes de energía debido al clima, ¿siempre tuviste electricidad en el lugar donde vivías?	No	Sí
5. ¿En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sentiste hambre porque no había suficiente comida para comer en tu hogar?	No	Sí
6. ¿En tu vida diaria te has sentido estresado porque alguien te ha tratado de manera diferente por tu raza, origen étnico, identidad de género u orientación sexual?	No	Sí
7. ¿Te sientes seguro física y emocionalmente?	No	Sí

## Trauma Check-in

Marque una opción con un círculo		
1. A veces puede ser difícil responder preguntas sobre temas difíciles. Queremos entender cómo se siente ahora. ¿Completar la encuesta le hizo sentir ALGO de lo siguiente? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupado, mentalmente acelerado o nervioso</li> <li>• Triste</li> <li>• Latidos cardíacos más rápidos, cambios en la respiración, tensión muscular, dolor de cabeza o mucho cansancio</li> <li>• Inseguro o temeroso</li> </ul>	No	Sí
*Selecione Sí si alguno de los anteriores es cierto		