

MENTES SALUDABLES: LA EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

Todo el mundo se siente triste o desanimado en algún momento de su vida. Cuando estos sentimientos persisten, afectan la capacidad de desempeñarse en las tareas cotidianas o de conservar amistades, o crean pensamientos de autoflagelación o suicidio, la depresión puede ser la culpable. El objetivo de este formulario es ayudarle a evaluar los factores de riesgo de su hijo/a con relación a la depresión, buscar señales y síntomas de depresión y determinar si su hijo/a necesita ayuda profesional.

LOS FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN (Responda estas preguntas con relación a su hijo/a; marque la respuesta).

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Tiene familiares directos con un historial de trastorno de depresión? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿Padece una enfermedad crónica o grave? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿Ha experimentado algún trauma? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿Tiene alguna discapacidad, es LGBTQ+ o pertenece a una minoría racial, étnica o religiosa? | Sí | No | No sé |

Si respondió "sí" a **ALGUNO** de estos factores de riesgo, es más probable que su hijo/a desarrolle depresión en algún momento de su vida que un niño que no tiene estos factores de riesgo.

LAS SEÑALES Y LOS SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN (Hágase estas preguntas con relación a su hijo/a; marque la respuesta).

- | | | | |
|---|----|----|-------|
| 1. ¿Parece persistentemente triste, ansioso/a o desanimado/a? | Sí | No | No sé |
| 2. ¿Parece más irritable, agresivo/a o enfadado/a que lo habitual? | Sí | No | No sé |
| 3. ¿Llora más de lo normal? | Sí | No | No sé |
| 4. ¿Ha perdido interés o placer en pasatiempos o actividades que antes se disfrutaba? | Sí | No | No sé |
| 5. ¿Duerme más o menos que lo habitual? | Sí | No | No sé |
| 6. ¿Tiene baja energía o parece más cansado/a que lo habitual? | Sí | No | No sé |
| 7. ¿Ha subido o bajado de peso? | Sí | No | No sé |
| 8. ¿Parece intranquilo/a o tener problemas para quedarse quieto/a? | Sí | No | No sé |
| 9. ¿Tiene dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones? | Sí | No | No sé |
| 10. ¿Expresa sentimientos de desesperanza o pesimismo? | Sí | No | No sé |
| 11. ¿Expresa sentimientos de culpa, inutilidad o impotencia? | Sí | No | No sé |
| 12. ¿Ha tenido pensamientos de autoflagelación o suicidio o ha intentado suicidarse? | Sí | No | No sé |
| 13. ¿Padece dolores corporales, de cabeza o problemas digestivos sin tener una causa clara? | Sí | No | No sé |

¿NECESITA AYUDA?

Si su respuesta es "sí" a **ALGUNA** de estas preguntas, es posible que su hijo/a necesite ver un médico, un consejero o un terapeuta. *Mentes Saludables: Get Help* ofrece opciones para recibir la ayuda que su hijo/a necesita.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Mi hijo/a muestra 3 o más síntomas de depresión además de desánimo. | Sí | No |
| 2. Mi hijo/a ha estado triste o desanimado/a durante más de dos semanas. | Sí | No |

PTA
HEALTHY
LIFESTYLES

3. Los sentimientos de mi hijo/a interfieren con sus actividades cotidianas o sus interacciones sociales.
Sí No

Si su hijo/a ha tenido pensamientos de autoflagelación o suicidio o ha intentado suicidarse, necesita ayuda. La Línea Nacional de Prevención del Suicidio está disponible las 24 horas del día y es gratuita y confidencial.

Llame al (800) 273-8255 O envíe un SMS con la palabra GO al 741741 para contactarse con un consejero de crisis capacitado.

