

## 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.**

