

Cuestionario de Salud de los Adolescentes (CRAFT 2.1+N)

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.

<hr/> <hr/>

Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿cuántos días usted:

N° de días

1. Bebió más de unos sorbos de cerveza, vino u otra bebida que contenía alcohol ? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	
2. Usó marihuana (por ejemplo, hierba, aceite o hachís para fumar, vaporizar o en los alimentos) o "marihuana sintética" (por ejemplo "K2" o "Spice")? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	
3. Usó algo más para drogarte (por ejemplo, otras drogas ilegales, medicamentos de venta libre y cosas que puedes inhalar, esnifar o vaporizar)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	
4. Usó productos de tabaco o nicotina (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, narguiles o tabaco o tabaco sin humo)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	

Si usted escribió "0" en TODOS los casilleros de arriba, RESPONDA LA PREGUNTA 5, LUEGO DETÉNGASE.

Si usted escribió "1" o números más altos en CUALQUIERA de los casilleros anteriores, RESPONDA LAS PREGUNTAS 5 a 10.

	No	Sí
1. ¿Ha viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba "drogada" o había consumido alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas para RELAJARSE , sentirse mejor consigo mismo/a o integrarse en un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas mientras está SOLO/A , o sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez se le OLVIDAN cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han sugerido alguna vez sus FAMILIARES o AMIGOS que disminuya el consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se ha metido alguna vez en LÍOS o problemas al tomar alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:

La información incluida en esta página está protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, salvo que mediara una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2018. All rights reserved. Reproduced with permission.

For more information, contact crafft@childrens.harvard.edu

PHQ-9 Modified for Teens:

¿Con qué frecuencia ha tenido molestias por cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas DOS SEMANAS ?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. ¿Poco interés o disfrute por hacer cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se siente desanimado, deprimido, irritable o sin esperanza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestó “Para nada” a las dos preguntas anteriores, ya terminó de responder las preguntas. De lo contrario, siga contestando todas las preguntas que aparecen abajo.

3. ¿Problemas para quedarse dormido o permanecer dormido, o dormir 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. ¿Tiene falta de apetito, pérdida de peso o come en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se siente mal con usted mismo, o siente que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted mismo o a su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Dificultad para concentrarse en cosas como la tarea escolar, leer o ver la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían notarlo? O, al contrario, ¿está tan inquieto o agitado que se mueve mucho más de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Pensamientos en el sentido de que estaría mejor muerto, o de hacerse daño de alguna manera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

El AÑO PASADO , ¿se sintió deprimido o triste la mayoría de los días, aunque a veces se haya sentido bien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si está experimentando cualquiera de los problemas que se indican en este formulario, ¿qué tan difícil hacen estos problemas que usted pueda hacer su trabajo, hacerse cargo de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?		
<input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil		
¿Hubo un momento en el pasado mes en que haya tenido pensamientos serios de poner fin a su vida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha intentado ALGUNA VEZ , en TODA SU VIDA , matarse o ha realizado un intento de suicidio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

For the health professional:

Interpreting the CRAFFT 2.1+N*

Any “Yes” responses for questions 5-10 are given one point.

Answers	Risk	Action
“No” to questions 1-4	No risk	Positive reinforcement
“Yes” to Car question	Riding risk	Discuss alternatives to riding with impaired drivers (Contract for Life)
CRAFFT score = 0	Low risk	Brief advice
CRAFFT score = 1	Medium risk	Brief intervention
CRAFFT score \geq 2	High risk	Brief intervention (offer options that include treatment)

Interpreting the PHQ-9 Modified for Teens**

Answers to questions #1-9 each receive 0-3 points (point values found at the bottom of each answer column). Points are added for a total score.

Score	Depression severity	Proposed action
0 - 4	None - minimal	None.
5 - 9	Mild	Watchful waiting, repeat depression screening at follow-up.
10 - 14	Moderate	Create treatment plan, consider counseling and/or pharmacotherapy or another follow-up visit.
15 - 19	Moderately severe	Active treatment with pharmacotherapy and/or psychotherapy.
20 - 27	Severe	Immediate initiation of pharmacotherapy and if severe impairment or poor response to therapy, expedited referral to mental health specialist.
“Yes” answer on any suicide question		Immediate follow up

* Mitchell SG, Kelly SM, Gryczynski J, Myers CP, O’Grady KE, Kirk AS, & Schwartz RP. (2014). The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. *Substance Abuse*, 35(4), 376–80.

**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*. 2010;126(6).