

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO

Nombre: Fecha: [ID del Paciente:] *Solamente para el uso de la oficina*

	A. A lo Largo de su Vida		B. En la Actualidad	
	En su vida, alguna vez han habido dos semanas o más durante las cuales usted...	Marque si contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas en cada sección	¿Ha tenido estos problemas casi todos los días en las dos semanas anteriores?	Marque si contesta "Sí" a cualquiera de las preguntas en cada sección
1 ¿Se sintió triste, melancólico(a), deprimido(a) la mayor parte del día, casi todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1 <input type="checkbox"/>
2 ¿Perdió todo el interés y el gusto en cosas que normalmente le interesaban o le agradaban?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2 <input type="checkbox"/>
3 a. ¿Perdió o aumentó su apetito casi todos los días? b. ¿Perdió peso sin proponérselo? (<i>hasta 2 libras por semana</i>) c. ¿Ganó peso sin intentarlo? (<i>hasta 2 libras por semana</i>)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3 <input type="checkbox"/>
4 a. ¿Tuvo dificultades en conciliar el sueño, en permanecer dormido(a) o en despertarse demasiado temprano? b. ¿Ha estado durmiendo demasiado casi todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4 <input type="checkbox"/>
5 a. ¿Habló o se movió más despacio de lo normal para usted? b. ¿Tenía que estar en continuo movimiento, es decir, no podía sentarse o quedarse quieto(a) y tenía que andar de un lado para el otro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5 <input type="checkbox"/>
6 a. ¿Se sentía agotado(a) y sin energía todo el tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6 <input type="checkbox"/>
7 a. ¿Se sentía que no valía nada, que era una persona pecadora o culpable casi todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7 <input type="checkbox"/>
8 a. ¿Tenía mucha más dificultad en concentrarse o en tomar decisiones de lo que es normal para Ud.? b. ¿Notó que sus pensamientos le venían mucho más despacio de lo acostumbrado o le parecían confusos casi todos los días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8 <input type="checkbox"/>
9 a. ¿Pensaba mucho sobre la muerte—ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general? b. ¿Quería morirse? c. ¿Se sintió tan deprimido(a) que pensó en suicidarse? d. ¿Intentó suicidarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9 <input type="checkbox"/>
		El número de cuadros marcados: = _____		El número de cuadros marcados: = _____
¿Interfirieron mucho estos problemas con su vida o sus actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>