

**Instrucciones para el Médico:** Al asignar un valor, considere la frecuencia, duración, y la intensidad/gravedad del síntoma. El grado de deterioro funcional provocado por el síntoma puede ser importante en las clasificaciones de algunos, pero no de todos los síntomas. Si el paciente niega haber experimentado un estado de ánimo normal, dígame que compare la última semana con el tiempo en el cual se ha sentido mejor, o que compare con lo que él consideraría un nivel satisfactorio de funcionamiento.

### INTRODUCCIÓN:

"Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la semana pasada, los últimos siete días."

- 1) ¿Cómo ha dormido durante la semana pasada? ¿Ha tenido problemas para dormir cuando se acuesta? ¿Tan pronto se acuesta, cuánto tiempo le toma para dormirse? ¿Cuántos días durante la última semana ha tenido dificultad en dormirse?
- 2) Durante la semana pasada, ¿se ha despertado en el medio de la noche? Si su respuesta es sí, ¿qué tan seguido se ha despertado? ¿Cuánto tiempo permanece despierto? ¿Sale usted de la cama? ¿Qué hace? ¿Se puede volver a dormir inmediatamente? ¿Ha sido su sueño inquieto o perturbado algunas noches?
- 3) ¿A qué hora se ha despertado durante esta última semana? ¿Con o sin la ayuda de un reloj despertador? ¿Se ha despertado más temprano que la hora deseada o debida? ¿Cuánto más temprano que lo normal? ¿Cuántos días? ¿Se puede volver a dormir?
- 4) ¿Qué promedio de horas ha dormido durante un período de 24 horas la semana pasada? ¿Incluyendo siestas? ¿Es esa una cantidad normal para usted? ¿Cuál es el tiempo más largo que ha dormido durante un período de 24 horas en la semana pasada?
- 5) ¿Cómo describiría usted su ánimo durante la semana pasada? ¿Se ha sentido melancólico, triste o deprimido? Durante la semana pasada, ¿cuánto tiempo se ha sentido \_\_\_\_\_? ¿Todos los días? ¿Todo el día?
- 6) ¿Cómo ha sido su apetito la semana pasada comparado con su apetito usual? ¿Se ha forzado para comer? ¿Otros lo han presionado o le han hecho acordar que tiene que comer? En la última semana, ¿Con qué frecuencia ha comido? ¿Todos los días? Cuando come, ¿nota que come menos de lo usual?
- 7) ¿Se ha encontrado usted comiendo más de lo usual? ¿Todos los días? ¿Ha notado que come más? ¿Ha notado que come más entre comidas? ¿Se ha sentido impulsado a comer? ¿Ha tenido fiestas en donde se llena de comida?

- 8/9) ¿Ha notado algún cambio en su peso? ¿Le queda su ropa diferente de lo usual?  
¿Cuánto ha cambiado su peso en las últimas dos semanas?
- 10) ¿Ha notado problemas con su concentración durante la última semana? ¿Fue capaz de concentrarse en lo que estuvo haciendo (como leer o ver la televisión)? ¿Se dio cuenta que le fue más difícil que lo usual tomar decisiones durante la última semana? ¿Le costó más que lo habitual tomar decisiones menores como qué usar o comer o ver en la televisión? En la última semana, ¿qué tan seguido tuvo problemas con \_\_\_\_\_?
- 11) Durante la semana pasada, ¿se sintió especialmente crítico acerca de usted mismo? ¿Ha sentido que hizo algo malo o como que ha tratado mal a otros o los ha decepcionado? Si su respuesta es sí, ¿cuáles han sido sus pensamientos? En la última semana, ¿se ha estado sintiendo sin valor? Si su respuesta es sí, ¿qué tan seguido se ha sentido sin valor? ¿Todos los días? ¿Todo el día?
- 12) Durante la semana pasada, ¿ha sentido usted que la vida no tiene ningún valor o que preferiría estar muerto? ¿Ha tenido pensamientos de suicidio o de hacerse daño? Si su respuesta es sí, ¿con qué frecuencia piensa en \_\_\_\_\_? Cuando piensa en \_\_\_\_\_, ¿con qué frecuencia lo hace? ¿En qué ha pensado? ¿Tiene un plan? ¿Ha hecho algo para hacerse daño? ¿Qué lo detiene? **(EVALÚE COMPLETAMENTE LA POSIBILIDAD DE QUE COMETA SUICIDIO.)**
- 13) ¿A qué ha dedicado su tiempo durante la semana pasada? ¿Cómo describiría su nivel de interés y motivación para completar sus actividades diarias? ¿Se ha sentido interesado en hacer cosas o siente usted que tiene que obligarse a sí mismo para hacerlas? ¿Ha dejado de hacer cosas que hacía antes? Si su respuesta es sí, ¿hay algo en su vida que lo alienta, le da alegría y que desearía hacer? ¿Ha podido mantener sus hábitos de higiene personal?
- 14) ¿Cómo ha estado su nivel de energía durante esta semana pasada? ¿Se siente cansado todo el tiempo? Si su respuesta es no, ¿ha notado que se cansa más rápidamente que antes? Esta semana, ¿ha tenido dolores de espalda, de cabeza o pesadez en sus extremidades o en su cabeza? ¿Ha interferido su falta de energía con sus actividades diarias?
- 15) ¿Ha sentido usted que sus pensamientos, su capacidad de hablar o sus movimientos durante esta última semana han sido más lentos? ¿Han hecho comentarios otras personas sobre esto? ¿Cuántos días durante la semana pasada se ha sentido \_\_\_\_\_? Cuando se siente \_\_\_\_\_, ¿cuánto dura?
- 16) ¿Se ha sentido inquieto o acelerado durante la última semana? ¿Se ha dado cuenta que no puede quedarse sentado y que necesita moverse de un lado a otro más que lo normal? ¿Qué tan seguido se siente \_\_\_\_\_? ¿Cuánto dura?