

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	¿En las últimas dos semanas se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas dos semanas ha perdido el interés en la mayoría de cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2

Si ha marcado "SI" en A1 ó A2, siga en A3

A3	En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés por las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo?	NO	SI	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba muy temprano o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días hablaba o se movía Vd. más lento de lo habitual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9
	¿Codificó "SI" en 5 o más respuestas?	NO	SI	

Si ha marcado "SI" en la casilla anterior, continúe en A4

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en las que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11