|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?** | **Nunca** | **Varios días** | **Más de la mitad de los días** | **Casi cada día** |
| 1. Poco interés o alegría por hacer cosas |  |  |  |  |
| 2. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o desesperanzado/a |  |  |  |  |
| 3. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado |  |  |  |  |
| 4. Sensación de cansancio o de tener poca energía |  |  |  |  |
| 5. Poco apetito o comer demasiado |  |  |  |  |
| 6. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a |  |  |  |  |
| 7. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión |  |  |  |  |
| 8. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual |  |  |  |  |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo |  |  |  |  |