

**GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA EL INVENTARIO  
DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (COMPLETADO POR EL PROFESIONAL CLÍNICO)  
(IDS-C)**

EL NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
EL ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_ PUNTOS: \_\_\_\_\_

"Me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de cómo Usted se ha estado sintiendo en los últimos 7 días. Al responder estas preguntas, puede ayudarlo el comparar la semana pasada a un tiempo cuando usted estuvo sintiéndose bien, parecido más a como Ud. se siente normalmente."

**Los pacientes con síntomas crónicos podrían encontrarlo difícil identificar un período de sentirse normal o pueden que informen que el estar "deprimido" es un estado normal para ellos. Sin embargo, la depresión no debería de ser calificada o reconocida como "normal" (por ejemplo, se le da una clasificación de "O" en estos casos).**

**Al hacer cada clasificación, considere la frecuencia, duración, y la intensidad/severidad del síntoma. El grado de deterioro funcional provocado por el síntoma puede ser importante en las clasificaciones de algunos síntomas, pero no de todos.**

1. ¿Como ha estado durmiendo durante la semana pasada? ¿Ha tenido problema poder dormir cuando usted se acuesta? ¿Tan pronto se acuesta, cuánto tiempo le toma para dormirse? ¿Cuántos días durante la semana pasada ha tenido dificultad en dormirse?

**1. INSOMNIA AL QUERER DORMIR:**

- 0 Nunca le toma más tiempo que 30 minutos para dormirse.
- 1 Le toma por lo menos 30 minutos para dormirse, menos de la mitad del tiempo.
- 2 Le toma por lo menos 30 minutos para dormirse, más de la mitad del tiempo.
- 3 Requiere más de 60 minutos para dormirse, más de la mitad del tiempo.

2. Durante la semana pasada, ¿ha estado despertándose en el medio de la noche? ¿Cuánto tiempo permanece despierto? ¿Se sale Usted de la cama? (SI NO HAY INSOMNIA): ¿Ha sido su sueño inquieto o perturbado algunas noches?

**2. INSOMNIA DE MEDIA NOCHE:**

- 0 No se despierta durante la noche.
- 1 Sueño inquieto y ligero con unos cuantos momentos despierto.
- 2 Despierta por lo menos una vez cada noche, pero se vuelve a dormir fácilmente.
- 3 Se despierta más de una vez cada noche y permanece despierto por 20 minutos o más, más de la mitad del tiempo.

3. ¿A que hora se ha estado despertando durante ésta ultima semana? ¿Con o sin una alarma? ¿Es esta hora más temprana de lo normal? ¿Cuántos días durante la semana pasada? ¿Se puede regresar a dormir?

**3. EL INSOMNIO DURANTE LA MADRUGADA:**

- 0 Menos de la mitad del tiempo, se despierta por lo menos 30 minutos antes de lo necesario.
- 1 Más de la mitad del tiempo, se despierta por lo menos 30 minutos antes de lo necesario.
- 2 Se despierta por lo menos una hora antes de lo necesario, más de la mitad del tiempo.
- 3 Se despierta por lo menos dos horas antes de lo necesario, más de la mitad del tiempo.

4. ¿Cuántas horas, como promedio, usted ha estado durmiendo durante un período de 24 horas la semana pasada, incluyendo siestas? ¿Cual es el más largo tiempo que ha dormido durante un período de 24 horas la semana pasada?

4. HIPERSOMNIA:

- 0 No duerme más de 7-8 horas por noche, sin siestas.
- 1 No duerme más de 10 horas durante un período de 24 horas (incluyendo siestas).
- 2 No duerme más de 12 horas durante un período de 24 horas (incluyendo siestas).
- 3 No duerme más tiempo que 12 horas durante un período de 24 horas (incluyendo siestas).

5. ¿Como describiría Ud. su ánimo durante la semana pasada? ¿Ha estado sintiéndose melancólico, triste o deprimido? Durante la semana pasada, ¿cuánto tiempo se ha sentido \_\_\_\_\_? ¿Todo el día? ¿Diariamente?

5. EL ÁNIMO (TRISTE):

- 0 No se siente triste.
- 1 Se siente menos triste la mitad del tiempo.
- 2 Se siente triste más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente intensamente triste virtualmente todo el tiempo.

6. ¿Se ha sentido irritable durante la semana pasada? ¿Se ha encontrado usted siendo más fácilmente enojado ó irritado por otros? ¿Cuántas veces durante esta última semana?

6. EL ÁNIMO (IRRITABLE):

- 0 No se siente irritable.
- 1 Se siente menos irritable la mitad del tiempo.
- 2 Se siente irritable más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente extremadamente irritable virtualmente todo el tiempo.

7. ¿Se ha estado sintiendo especialmente ansioso, nervioso ó impaciente durante la semana pasada? ¿Cuántas veces?

7. EL ÁNIMO (ANSIEDAD):

- 0 No se siente ansioso o tenso.
- 1 Se siente menos ansioso/tenso la mitad del tiempo.
- 2 Se siente ansioso/tenso la mitad del tiempo.
- 3 Se siente extremadamente ansioso/tenso virtualmente todo el tiempo.

8. Duante la semana pasada, cuando algo bueno paso, aún cuando cosas pequeñas han ocurrido, ¿le levantaron su ánimo? ¿Cuánto tiempo duró éste ánimo levantado? ¿Ocurrieron cosas que debieron haber levantado su ánimo pero verdaderamente no ocurrió así?

8. EL LEVANTAR EL ÁNIMO:

- 0 El ánimo se levanta a un nivel normal y dura varias horas cuando eventos buenos ocurren.
- 1 El ánimo se levanta pero no se siente normal cuando eventos buenos ocurren.
- 2 El ánimo se levanta solamente un poco con eventos extremadamente deseados, y seleccionados.
- 3 El ánimo no sobresalta en absoluto, aún cuando eventos muy buenos o deseados ocurren.

9. Durante la semana pasada, ¿Ha notado que se siente peor durante una hora en particular del día—tal como por la mañana o la noche? ¿(Si la respuesta es sí), Se relaciona esto con algún evento en particular? ¿Cuánto más mal se siente-un poco o mucho? ¿Aún durante fines de semana?

9. CUANDO EL ÁNIMO VARÍA:

- 0 No ve ninguna relación regular entre el ánimo y la hora del día.
- 1 El ánimo frecuentemente se relaciona con la hora del día debido a circunstancias ambientales.
- 2 Durante la mayoría de la semana, el ánimo aparece más relacionado con la hora del día que con los eventos del día.
- 3 El ánimo es claramente, y se puede predecir, mucho mejor o peor durante una hora determinada cada día.
- 9A. ¿Es el ánimo típicamente peor en la MAÑANA, TARDE, o la NOCHE? (Circule una de las respuestas).
- 9B. ¿Es la variación del ánimo atribuida por el paciente al ambiente? SÍ Ó NO (Circule una respuesta).

10. ¿Ha experimentado pena o pérdida en su vida, como la muerte de un amigo o familiar cercano (o un animal, ha perdido un trabajo importante, se ha mudado)? ¿Recuerda usted cómo se sintió? ¿Tiene su ánimo esta semana lleno de pena y de aflicción? (Si su respuesta es NO), ¿Cuál es la diferencia entre sentir pena o sentirse sin ánimo?

10. LA CALIDAD DEL ÁNIMO:

- 0 El ánimo es virtualmente idéntico a los sentimientos asociados con una aflicción o una pérdida o está inalterado.
- 1 El ánimo es como la tristeza en la aflicción y la pérdida, y aunque puede carecer explicación, está asociado con más ansiedad, ó es mucho más intenso.
- 2 Menos de la mitad del tiempo, el ánimo es cualitativamente (cuando todo se suma) distinto a la pena y la aflicción, por lo tanto es difícil explicárselo a otros.
- 3 El ánimo es cualitativamente distinto a la pena y la aflicción casi todo el tiempo.

COMPLETE YA SEA EL 11 Ó EL 12 (NO AMBOS)

11. ¿Como ha estado su apetito esta semana pasada? ¿Se ha forzado usted a comer? ¿Otros lo han presionado o le han hecho acordar que tiene que comer?

11. EL APETITO (DISMINUIDO):

- 0 Ningún cambio en el apetito usual.
- 1 Come algo menos frecuentemente y/o cantidades menores que lo usual.
- 2 Come mucho menos que lo usual y solamente con esfuerzo personal.
- 3 Come raramente durante un período de 24 horas, y solamente con esfuerzo extremo personal o con la persuasión de otros.

12. ¿Se ha encontrado usted comiendo más de lo usual? ¿Se ha sentido impulsado a comer? ¿Ha tenido Ud. unas comelatas sin control?

12. EL APETITO (AUMENTO):

- 0 Ningún cambio en el apetito usual.
- 1 Más frecuentemente se siente con una necesidad de comer más de lo usual.
- 2 Come regularmente más frecuentemente y/o mayores cantidades que lo usual.
- 3 Se sienten impulsado a sobrealimentarse durante y entre comidas.

**COMPLETE YA SEA EL 13 Ó EL 14 (NO AMBOS)**

13. ¿Ha notado algún cambio en su peso? ¿El ajuste o tamaño de su ropa le queda diferente que lo usual? ¿Cómo ha cambiado su peso durante las dos ultimas semanas?

13. EL PESO (DISMINUCIÓN) Durante las Dos Últimas Semanas :

- 0 No ha experimentado cambio de peso.
- 1 Siente como si algún peso se ha perdido ligeramente.
- 2 Ha perdido 2 libras o más.
- 3 Ha perdido 5 libras o más.

14. EL PESO (AUMENTO) Durante las Dos Últimas Semanas :

- 0 No ha experimentado cambio de peso.
- 1 Siente como si algún peso se ha ganado ligeramente.
- 2 Ha ganado 2 libras o más.
- 3 Ha ganado 5 libras o más.

15. ¿Cómo ha estado su concentración durante la semana pasada? ¿Le fué capaz de concentrarse en lo que usted estuvo haciendo (como leer o ver la TV)? ¿Se dió cuenta que le fue más difícil que lo usual hacer decisiones menores (que ropa ponerse, que puede comer, que programa ver en la TV)?

15. LA CONCENTRACIÓN/HACER DECISIONES:

- 0 Ningún cambio en la usual capacidad para concentrarse y hacer decisiones.
- 1 Se siente ocasionalmente indeciso y se da cuenta que su nivel de atención frecuentemente lo pierde.
- 2 La mayoría de las veces lucha por poner atención o hacer decisiones.
- 3 No puede concentrarse suficientemente bien para leer o no puede hacer ni las menores decisiones.

16. Durante la semana pasada, ¿cómo se sintió usted acerca de usted mismo? ¿Se ha estado desanimando usted mismo durante la semana pasada? ¿Más de lo normal para usted? ¿Se ha estado sintiendo culpable? ¿Se siente como si lo estuvieran castigando? ¿Ha notado que su propia estimación ha estado desanimada durante la semana pasada? ¿Cómo mediría usted su propio mérito como persona en comparación a otros?

16. LA PERSPECTIVA/ANALISIS (PERSONAL):

- 0 Se ve que tiene tanto mérito como otros.
- 1 Se culpa a si mismo más que lo usual.
- 2 Cree constantemente que es la causa de los problemas de otros .
- 3 Piensa constantemente sobre defectos mayores y menores en si mismo.

17. ¿Cómo se ha estado sintiendo sobre el futuro? (optimista/pesimista)? ¿Se siente usted mejor con el aliento/apoyo que le dan otros? ¿Siente usted que las cosas van a mejorar, que todo va a salir bien?

17. LA PERSPECTIVA/ANÁLISIS (FUTURO):

- 0 Ve el futuro con usual optimismo.
  - 1 Ocasionalmente tiene una perspectiva pesimista que se puede eliminar por otras personas o por eventos.
  - 2 Ampliamente pesimista sobre el futuro cercano.
  - 3 No ve ninguna esperanza para si mismo/ni para las situaciones en el futuro.
18. Durante la semana pasada, ¿Ha sentido usted que la vida no tiene ningun valor? ¿Tiene usted pensamientos de muerte o de suicidio? ¿Cuán frecuente le ocurren estos pensamientos? ¿Cuánto tiempo le duran estos pensamientos? ¿De qué ha pensado usted? ¿Ha pensado en un plan para morir o suicidarse durante la semana pasada? ¿Ha hecho alguna cosa para lastimarse a usted mismo?

18. INTENCIÓN DE SUICIDARSE:

- 0 No piensa en el suicidio o la muerte.
  - 1 Siente que la vida no tiene sentido y que tampoco tiene valor.
  - 2 Piensa en el suicidio/la muerte varias veces por semana por varios minutos
  - 3 Piensa profundamente en el suicidio/la muerte varias veces al día, ó ha hecho planes específicos, o ha intentado suicidarse.
19. ¿Cómo ha estado usted pasando su tiempo durante esta semana pasada (cuándo no ha estado en su casa)? ¿Es normal eso para usted? ¿Ha dejado de hacer ciertas cosas que usted hacia antes? ¿Cómo describiría su nivel de interés y motivación que le permiten completar sus obligaciones del día? ¿Siente usted que tiene que obligarse a si mismo para hacer las cosas? ¿Existe algo en su vida que lo alienta y le da alegría?

19 LA PARTICIPACIÓN:

- 0 No hay cambios en el interés usual que tiene hacia otras personas o hacia actividades.
  - 1 Se da cuenta de una reducción en el interés y las actividades que antes tenía.
  - 2 Encuentra que solamente tiene uno o dos intereses de los que tenía anteriormente.
  - 3 No tiene ningun interés en seguir con las actividades que tenía anteriormente.
20. ¿Cómo ha estado su energía durante esta semana pasada? ¿Se ha fijado que se cansa más rapidamente que cuando antes? ¿Se siente cansado todo el tiempo?

20. ENERGÍA/FATIGA:

- 0 Ningun cambio de la energía usual.
- 1 Se cansa más facilmente que lo usual.
- 2 Hace un gran esfuerzo personal para iniciar y mantener sus usuales actividades diarias.
- 3 No le es posible llevar a cabo la mayoría de las actividades usuales debido a la falta de energía.

21. ¿Se ha divertido esta última semana? ¿Han habido ciertas cosas que usted ha disfrutado (como una cena, un cine, pasar el tiempo con amigos)? (Si responde sí), ¿fue disfrutado como una experiencia normal para usted? (Si responde no), ¿si usted tuviera la oportunidad de disfrutar algo, cree usted que podría gozarlo?

21. EL PLACER/EL GOZO (excluyendo las actividades sexuales):

- 0 Participa y siente usualmente un gozo en las actividades placenteras.
  - 1 Usualmente no siente gozo en las actividades placenteras.
  - 2 Raramente goza en las actividades.
  - 3 No puede notar ningún sentido de placer/gozo en nada de lo que hace.
22. ¿Cómo está su interés en el sexo durante esta última semana (no la actividad o la oportunidad, sino su nivel de interés nada más)? ¿Han habido cambios en su interés (en comparación a cuando no estaba deprimido)? ¿Es el sexo algo de que usted ha pensado esta última semana? ¿No es eso usual para usted?

22. EL INTERÉS SEXUAL:

- 0 Tiene interés usual o deriva placer usual del sexo.
  - 1 Siente casi el mismo interés o deriva algún placer del sexo.
  - 2. Tiene poco deseo o rara vez recibe placer del sexo.
  - 3. No tiene ningún interés en absoluto o no deriva ningún placer del sexo.
23. ¿Ha sentido usted que sus pensamientos, su poder hablar, sus movimientos durante esta última semana son más lentos? ¿Han hecho comentarios otras personas sobre esto? **(LA CLASIFICACION DEPENDE DE LA OBSERVACION DURANTE LA ENTREVISTA Y EL REPORTAJE PERSONAL DEL PACIENTE).**

23 EL RETRASO PSICOMOTOR:

- 0 Proceso normal del pensamiento, el gesto, y el hablar.
  - 1 El paciente se da cuenta que su pensar y la modulación de su voz ha reducido.
  - 2 Toma varios segundos para responder a la mayoría de las preguntas; reporta que su pensar es más lento.
  - 3 Sin ser estimulado se muestra mayormente lento y sin deseo de responder la mayoría de las preguntas.
24. ¿Ha notado que se siente inquieto y nervioso durante la última semana? ¿Se ha dado cuenta que no se puede quedar sentado y que necesita moverse de un lado a otro? **(LA CLASIFICACION SE BASA EN LA OBSERVACION DURANTE LA ENTREVISTA Y EL REPORTAJE PERSONAL DEL PACIENTE).**

24. LA AGITACIÓN PSICOMOTORA:

- 0 No se nota una alza de actividad o desorganización en el pensar y en el gesto.
- 1 Se mueve nerviosamente, escurre sus manos y cambia de posiciones frecuentemente.
- 2 Describe un impulso para moverse de un lado a otro y muestra gestos de inquietud.
- 3 No puede quedarse sentado. Se pasea de un lado a otro con o sin permiso.

25. Durante la semana pasada, ¿ha tenido algunos de los siguientes síntomas? **(LEA CADA SÍNTOMA, PAUSANDO DESPUÉS DE CADA UNO PARA QUE PUEDA EL PACIENTE RESPONDER)**. ¿Cuanta molestia le ha causado estas cosas durante la última semana? (¿Qué difíciles son? ¿Por cuanto tiempo los ha tenido?)

25. QUEJAS SOMÁTICAS:

- 0 Declara que no tiene pesadez ni dolores en los extremos.
- 1 Se queja de dolores de cabeza, dolores del estómago, dolores de la espalda y las coyunturas que van y vienen pero que no debilitan.
- 2 Se queja que los dolores que se mencionaron en el #1 están presente la mayoría de las veces.
- 3 Un deterioro funcional es el resultado de los dolores que se mencionaron en el #1.

26. EL ESTÍMULO DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO:

- 0 Reporta que no tiene palpitaciones, tembladeras, visión borrosa, zumbido en los oídos o un sudor profuso, corto al respirar, sentir calor o frío repentinamente, dolor de pecho.
- 1. Los síntomas en el #0 ocurren en forma suave o de vez en cuando.
- 2 Los síntomas en el #0 son moderados y solamente se presentan más de la mitad del tiempo.
- 3 Los síntomas en el #0 resultan en un deterioro funcional.

28. GASTROINTESTINAL:

- 0 No hay cambios en hábitos del evacuar.
- 1 Tiene constipación y/o diarrea que es leve de vez en cuando.
- 2 Tiene diarrea y/o constipación la mayoría del tiempo pero que no le causa problemas de funcionamiento.
- 3 Tiene presencia de constipación y/o diarrea de vez en cuando pero que requiere tratamiento o le causa un deterioro funcional.

27. ¿Se ha sentido repentinamente asombrado con miedo, ansioso y extremadamente incomodo? ¿Se ha sentido extremadamente con pánico sin ninguna razón? ¿Le ha ocurrido esto durante los últimos siete días? ¿Cuándo fue la última vez que esto le ocurrió?

¿Existen situaciones o cosas que a usted continuamente le disgustan ó evita por que le hacen sentir ansioso? ¿Algunas fobias? ¿Ha notado que usted evita cosas más frecuentemente que antes durante esta última semana?

27. SÍNTOMAS DE PÁNICO/FOBIAS:

- 0 No tiene episodios de pánico ni síntomas de fobia.
- 1 Tiene episodios de pánico o fobias que usualmente no altera ni incapacita el comportamiento.
- 2 Tiene episodios significantes de pánico o fobia que influyen el comportamiento pero que NO incapacitan.
- 3 Tiene episodios significantes de pánico por lo menos una vez a la semana o fobia severa que lo lleva a unos comportamientos de completa alienación regular.

29. ¿Se ha sentido fácilmente rechazado, menospreciado, o criticado por otros? ¿Cuán frecuente le ha ocurrido esto? ¿Cómo responde cuando esto le ocurre-cólera, depresión, que más? (Pruebe la severidad de la reacción) ¿Qué impacto tiene esto sobre su habilidad de relacionarse con otros en forma social o en el completar ciertas labores?

29. LA SENSIBILIDAD INTERPERSONAL:

- 0 No se ha sentido fácilmente rechazado, menospreciado, criticado ó herido por otros en absoluto.
  - 1 Se siente rechazado, menospreciado, criticado y herido por otros ocasionalmente.
  - 2 Frecuentemente se siente rechazado, menospreciado, criticado ó herido por otros, pero solamente con un poco de efectos en el funcionamiento social/ocupacional.
  - 3 Frecuentemente se siente rechazado, menospreciado, criticado ó herido por otros que resulta en un deterioro en el funcionamiento social/ocupacional.
30. Durante la semana pasada, ¿se ha sentido sobrecargado, como si tuviera pesas de plomo en sus brazos y en sus piernas? ¿Por cuántos días? ¿Por cuánto tiempo? ¿Estos síntomas interfieren con sus actividades diarias?

30. DESÁNIMO PARALIZANTE/DE ENERGÍA FÍSICA:

- 0 No siente la sensación física de tener una carga o un sobrepeso, ni se siente sin energía.
- 1 Ocasionalmente siente periodos de pesadez física y sin energía pero que no tiene efecto negativo en el nivel de trabajo, de la escuela, o de las actividades.
- 2 Se siente físicamente sobrecargado (sin energía física) más de la mitad del tiempo.
- 3 Se siente físicamente sobrecargado (sin energía física) la mayoría de las veces, varias horas por día, varios días por semana.

Rango: 0-90

Puntuación: \_\_\_\_\_