

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTOINFORME)

*THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.*

Did patient (subject) perform self-evaluation? **No**  (provide reason in comments)

Evaluation performed on visit date  or specify date: \_\_\_\_\_

DD-Mon-YYYY

Comments:

***La información que se registre en este formulario debe ser proporcionada únicamente por el paciente (sujeto).  
Por favor dibuje un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor describa,  
en cada inciso, su experiencia en los últimos siete días.***

**1. Al quedarse dormido:**

- 0 Nunca tardo más de 30 minutos en conciliar el sueño.
- 1 Menos de la mitad de la veces tardo por lo menos 30 minutos en conciliar el sueño.
- 2 Más de la mitad de las veces tardo por lo menos 30 minutos en conciliar el sueño.
- 3 Más de la mitad de las veces tardo más de 60 minutos en conciliar el sueño.

**2. Al dormir durante la noche:**

- 0 No despierto durante la noche.
- 1 Tengo el sueño ligero y con algunas breves interrupciones cada noche.
- 2 Me despierto por lo menos una vez cada noche pero vuelvo a dormirme pronto.
- 3 Más de la mitad de las veces despierto por lo menos una vez cada noche y permanezco despierto 20 o más minutos.

**3. Despertar demasiado temprano:**

- 0 La mayoría de las veces despierto menos de 30 minutos antes de la hora a la que necesito hacerlo.
- 1 Más de la mitad de la veces despierto más de 30 minutos antes de la hora a la que necesito hacerlo.
- 2 Casi siempre me despierto por lo menos una hora o más antes de lo necesario, pero me vuelvo a dormir.
- 3 Me despierto por lo menos una hora antes de lo necesario y no puedo volverme a dormir.

**4. Dormir mucho:**

- 0 No duermo más de 7-8 horas por noche aunque no haya dormido siesta durante el día.
- 1 No duermo más de 10 horas en un periodo de 24 horas, incluyendo las siestas.
- 2 No duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas, incluyendo las siestas.
- 3 Duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas, incluyendo las siestas.

**5. Sentirse triste:**

- 0 No me siento triste.
- 1 Menos de la mitad del tiempo me siento triste.
- 2 Más de la mitad del tiempo me siento triste.
- 3 Casi todo el tiempo me siento triste.

**6. Sentirse irritable:**

- 0 No me siento irritable.
- 1 Menos de la mitad del tiempo me siento irritable.
- 2 Más de la mitad del tiempo me siento irritable.
- 3 Casi todo el tiempo me siento extremadamente irritable.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTOINFORME)

*Por favor dibuje un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor describa, en cada inciso, su experiencia en los últimos siete días.*

## 7. Sentirse ansioso o tenso:

- 0 No me siento ansioso o tenso.
- 1 Menos de la mitad del tiempo me siento ansioso (tenso).
- 2 Más de la mitad del tiempo me siento ansioso (tenso).
- 3 Casi todo el tiempo me siento extremadamente ansioso (tenso).

## 8. Respuesta de su estado de ánimo ante eventos buenos o deseables:

- 0 Cuando algo bueno ocurre, mi estado de ánimo mejora a mi nivel normal y así dura varias horas.
- 1 Cuando algo bueno ocurre, mi estado de ánimo mejora pero no me siento en mi condición normal.
- 2 Mi estado de ánimo mejora un poco cuando ocurre cierto número limitado de acontecimientos deseados.
- 3 Mi estado de ánimo no mejora aunque en mi vida ocurran acontecimientos muy buenos o deseados.

## 9. Estado de ánimo en relación con la hora del día:

- 0 No hay una relación estable o regular entre mi estado de ánimo y la hora del día.
- 1 Mi estado de ánimo a menudo se relaciona con la hora del día debido a circunstancias del momento (por ejemplo: estar solo, trabajar).
- 2 En general, mi estado de ánimo se relaciona más con la hora del día que con las circunstancias del momento.
- 3 Mi estado de ánimo es clara y previsiblemente mejor o peor a una hora específica cada día.

## 9A. Su estado de ánimo normalmente es peor ...

- 0 por la mañana.
- 1 por la tarde.
- 2 por la noche.

## 9B. ¿Atribuye el cambio de su estado de ánimo a su entorno?

- 0 Si.
- 1 No. Mi estado de ánimo es clara y previsiblemente mejor o peor a una hora específica del día.

## 10. Calidad de su estado de ánimo:

- 0 Mi estado de ánimo (sentimientos internos) es muy semejante a mi condición normal.
- 1 Mi estado de ánimo es triste, parecido al sentimiento que tendría si alguien cercano a mí muriera o partiera.
- 2 Mi estado de ánimo es triste, pero esa tristeza es de una calidad muy diferente a lo que sentiría si alguien cercano a mí muriera o partiera.
- 3 Mi estado de ánimo es triste, pero esa tristeza es diferente al tipo de tristeza relacionada con el pesar o la pérdida.

Conteste solamente la pregunta 11 o la 12 (pero no las dos)

## 11. Disminución del apetito:

- 0 No hay cambio en mi apetito acostumbrado.
- 1 Como menos a menudo o menos cantidad de comida de lo acostumbrado
- 2 Como mucho menos de lo acostumbrado y sólo si me esfuerzo.
- 3 Muy raramente como en un período de 24 horas y sólo haciendo un esfuerzo extremo o cuando otros me convencen de que debo comer.

## 12. Aumento del apetito:

- 0 No hay cambio en mi apetito acostumbrado.
- 1 Siento la necesidad de comer más frecuentemente de lo acostumbrado.
- 2 Regularmente como más a menudo y/o mayor cantidad de comida de lo acostumbrado.
- 3 Siento el impulso de comer más de lo apropiado tanto en las horas de comida como entre comidas.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTOINFORME)

*Por favor dibuje un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor describa, en cada inciso, su experiencia en los últimos siete días.*

Conteste solamente la pregunta 13 o la 14 (pero no las dos)

**13. En las últimas dos semanas:**

- 0 Mi peso no ha cambiado.
- 1 Siento que he bajado ligeramente de peso.
- 2 He bajado 1 kilo o más.
- 3 He bajado 2.5 kilos o más.

**14. En las últimas dos semanas:**

- 0 Mi peso no ha cambiado.
- 1 Siento que he aumentado ligeramente de peso.
- 2 He subido 1 kilo o más.
- 3 He subido 2.5 kilos o más.

**15. Concentración/toma de decisiones:**

- 0 No ha cambiado mi capacidad acostumbrada para concentrarme o tomar decisiones.
- 1 En ocasiones me siento indeciso o noto que mi atención divaga.
- 2 La mayoría de las veces me esfuerzo para mantener mi atención o para tomar decisiones.
- 3 No puedo concentrarme lo suficiente para leer o tomar siquiera la más mínima decisión.

**16. Opinión de mí mismo:**

- 0 Me considero tan merecedor y honorable como los demás.
- 1 Me echo la culpa más de lo que es debido o apropiado.
- 2 En gran medida creo que ocasiono problemas a los demás.
- 3 Pienso casi constantemente en mis pequeños y grandes defectos.

**17. Perspectiva del futuro:**

- 0 Tengo un punto de vista optimista de mi futuro.
- 1 Ocasionalmente soy pesimista en relación con mi futuro, pero casi siempre creo que las cosas saldrán bien.
- 2 Estoy bastante seguro de que mi futuro inmediato (1-2 meses) no promete cosas buenas para mí.
- 3 No tengo esperanza de que me suceda algo bueno en el futuro.

**18. Pensamientos de muerte o suicidio:**

- 0 No pienso en la muerte ni en el suicidio.
- 1 Siento que la vida es vacía y me pregunto si vale la pena vivirla.
- 2 Pienso en el suicidio o la muerte varias veces a la semana por varios minutos.
- 3 Pienso en el suicidio o la muerte varias veces al día con ciertos detalles, o he hecho planes específicos para suicidarme o he intentado suicidarme.

**19. Interés general:**

- 0 No ha cambiado mi interés acostumbrado en otras personas o actividades.
- 1 Noto que estoy menos interesado en las personas o actividades.
- 2 Encuentro que solamente me intereso en una o dos de las actividades que anteriormente realizaba.
- 3 Prácticamente no tengo interés en las actividades que acostumbraba realizar.

**20. Grado de energía:**

- 0 No hay cambios en mi grado de energía acostumbrado.
- 1 Me canso más fácilmente de lo acostumbrado.
- 2 Tengo que realizar un gran esfuerzo para iniciar o terminar algunas de mis actividades diarias acostumbradas (por ej., hacer las compras o la tarea de la escuela, cocinar o ir al trabajo).
- 3 Realmente no puedo realizar la mayoría de mis actividades diarias acostumbradas simplemente porque no tengo la energía necesaria.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTOINFORME)

*Por favor dibuje un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor describa, en cada inciso, su experiencia en los últimos siete días.*

**21. Capacidad para el placer y el gozo:** (excluyendo las relaciones sexuales)

- 0 Disfruto igual que siempre de las actividades placenteras.
- 1 No siento mi acostumbrado sentido de gozo con las actividades placenteras.
- 2 Muy raramente logro sentir placer con alguna actividad.
- 3 Soy incapaz de sentir placer o gozo con algo.

**22. Interés en el sexo:** (por favor califique el interés, no la actividad)

- 0 Mi interés en el sexo ha sido el acostumbrado.
- 1 Mi interés en el sexo es algo menos de lo acostumbrado o no obtengo el mismo placer que antes acostumbraba tener con el sexo.
- 2 Tengo poco deseo o raramente encuentro placer en el sexo.
- 3 No tengo ningún interés en las relaciones sexuales ni me parecen placenteras.

**23. Sensación de lentitud:**

- 0 Pienso, hablo y me muevo a la velocidad acostumbrada.
- 1 Encuentro que pienso más lentamente o que mi voz suena apagada o cansada.
- 2 Me toma varios segundos contestar la mayoría de las preguntas y estoy seguro de que mi capacidad para pensar ha disminuido.
- 3 Con frecuencia soy incapaz de contestar preguntas sin hacer un esfuerzo extremo.

**24. Sensación de inquietud:**

- 0 No me siento inquieto.
- 1 A menudo me impaciento, me froto las manos o necesito cambiar la forma como estoy sentado.
- 2 Siento el impulso de moverme y estoy bastante inquieto.
- 3 A veces, soy incapaz de permanecer sentado y necesito caminar.

**25. Dolores y molestias:**

- 0 No siento pesadez en mis brazos o piernas y no tengo dolores o malestar.
- 1 A veces siento dolor de cabeza, estómago, espalda o articulaciones, pero estas molestias se presentan de vez en cuando y no me impiden realizar mis actividades.
- 2 La mayor parte del tiempo siento esos dolores.
- 3 Esos dolores son tan fuertes que me obligan a dejar de hacer lo que estoy haciendo.

**26. Otros síntomas corporales:**

- 0 No tengo ninguno de los siguientes síntomas: palpitaciones rápidas, visión borrosa, sudores, corrientes de frío y calor, dolor en el pecho, vuelcos en el corazón, zumbido en los oídos o temblores.
- 1 Tengo algunos de esos síntomas pero son leves y solamente se presentan de vez en cuando.
- 2 Tengo varios de esos síntomas y me molestan mucho.
- 3 Tengo varios de esos síntomas; cuando se presentan, tengo que dejar de hacer lo que estoy haciendo.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTOINFORME)

*Por favor dibuje un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor describa, en cada inciso, su experiencia en los últimos siete días.*

## 27. Síntomas de pánico/fobia:

- 0 No tengo ataques de pánico ni temores específicos (fobias) (a los animales o la altura, por ejemplo).
- 1 Tengo ligeros episodios de pánico o temores que usualmente no cambian mi conducta ni me impiden ser funcional.
- 2 Tengo episodios serios de temor o pánico que me obligan a cambiar mi conducta pero no me impiden ser funcional.
- 3 Tengo episodios de pánico por lo menos una vez a la semana o tengo severos temores que me impiden realizar mis actividades diarias.

## 28. Estreñimiento/diarrea:

- 0 Mis hábitos intestinales no han cambiado.
- 1 Tengo estreñimiento intermitente o una leve diarrea intermitente.
- 2 La mayoría del tiempo tengo estreñimiento o diarrea pero eso no interfiere en mis actividades cotidianas.
- 3 Tengo estreñimiento o diarrea que trato con medicamentos o que interfiere con mis actividades diarias.

## 29. Sensibilidad interpersonal:

- 0 De ninguna manera me siento fácilmente rechazado, despreciado, criticado o herido por otros.
- 1 Ocasionalmente me siento rechazado, despreciado, criticado o herido por otros.
- 2 A menudo me siento rechazado, despreciado, criticado o herido por otros, pero esos sentimientos sólo tienen un ligero efecto en mi relaciones o trabajo.
- 3 A menudo me siento rechazado, despreciado, criticado o herido por otros, y esos sentimientos afectan negativamente mis relaciones y trabajo.

## 30. Sensación de pesadez/falta de energía física:

- 0 No he tenido la sensación física de pesadez o de carecer de energía física.
- 1 Ocasionalmente he tenido la sensación de pesadez y de carecer de energía física, pero sin que ello afecte negativamente mi trabajo, escuela o grado de actividad.
- 2 Más de la mitad del tiempo siento pesadez (sin energía física).
- 3 La mayor parte del tiempo, varias horas al día, varios días a la semana siento pesadez (sin energía física).

Gracias.