

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)

*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:

***Este formulario debe ser completado solamente por el paciente (sujeto).***

***Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos siete días.***

**1. Conciliar el Sueño:**

- 0 Nunca me toma más de 30 minutos conciliar el sueño.
- 1 Me toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, menos del cincuenta por ciento de las ocasiones.
- 2 Me toma por lo menos 30 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.
- 3 Me toma más de 60 minutos conciliar el sueño, más del cincuenta por ciento de las ocasiones.

**2. Sueño Durante la Noche:**

- 0 No me despierto de noche.
- 1 Tengo el sueño inquieto, ligero, con pocos y breves despertares cada noche.
- 2 Me despierto al menos una vez por noche, pero me vuelvo a dormir fácilmente.
- 3 Me despierto más de una vez por noche y permanezco despierto durante 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.

**3. Despertar Demasiado Temprano:**

- 0 La mayoría de las veces, me despierto no más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.
- 1 Más de la mitad de las veces, me despierto más de 30 minutos antes de lo habitual para levantarme.
- 2 Casi siempre me despierto por lo menos una hora o alrededor de una hora antes de lo habitual, pero eventualmente me vuelvo a dormir.
- 3 Me despierto al menos una hora antes de lo habitual, y no me puedo volver a dormir.

**4. Dormir Mucho:**

- 0 Duermo como máximo 7-8 horas por noche, sin hacer siestas durante el día.
- 1 Duermo como máximo 10 horas en un periodo de 24 horas incluyendo las siestas.
- 2 Duermo como máximo 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. Tristeza:**

- 0 No me he sentido triste.
- 1 Me siento triste menos de la mitad del tiempo.
- 2 Me siento triste más de la mitad del tiempo.
- 3 Me siento triste casi todo el tiempo.

**6. Irritabilidad:**

- 0 No me he sentido irritable.
- 1 Me siento irritable menos de la mitad del tiempo.
- 2 Me siento irritable más de la mitad del tiempo.
- 3 Me siento extremadamente irritable casi todo el tiempo.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)

***Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos siete días.***

## **7. Ansiedad o Tensión:**

- 0 No me he sentido ansioso o tenso.
- 1 Me siento ansioso (tenso) menos de la mitad de las veces.
- 2 Me siento ansioso (tenso) más de la mitad de las veces.
- 3 Me siento extremadamente ansioso (tenso) casi todo el tiempo.

## **8. Respuesta de su Estado de Ánimo Ante Acontecimientos Positivos o Deseados:**

- 0 Mi ánimo mejora al nivel normal y me dura varias horas cuando ocurren acontecimientos positivos.
- 1 Mi ánimo mejora cuando ocurren acontecimientos positivos, pero no me siento como normalmente suelo sentirme.
- 2 Mi ánimo mejora sólo un poco cuando ocurren ciertos acontecimientos deseados.
- 3 Mi ánimo no mejora en absoluto, aún cuando sucedan cosas muy buenas o deseadas en mi vida.

## **9. Relación del Estado de Ánimo con el Momento del Día:**

- 0 Habitualmente no existe una relación directa entre mi estado de ánimo y el momento del día.
- 1 A menudo mi estado de ánimo se relaciona con el momento del día debido a las circunstancias (por ejemplo, si estoy solo, o estoy trabajando).
- 2 En general, mi estado de ánimo está más relacionado con el momento del día que con las circunstancias a mi alrededor.
- 3 Mi estado de ánimo está clara y predeciblemente mejor o peor en un momento específico del día.

## **9A. Su ánimo empeora generalmente:**

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

## **9B. ¿Las variaciones de su ánimo se relacionan con el medio ambiente?**

- 0 sí.
- 1 no.

## **10. La calidad de su estado de ánimo:**

- 0 El estado de ánimo (sentimientos internos) que siento es un estado de ánimo muy normal para mí.
- 1 Me siento triste, y esta tristeza es muy parecida a la tristeza que sentiría si alguien muy cercano a mí se muriera o me abandonara.
- 2 Me siento triste, y esta tristeza es de una calidad diferente de la que sentiría si alguien muy cercano a mí se muriera o me abandonara.
- 3 Me siento triste, y esta tristeza es diferente al tipo de tristeza asociada con el duelo o con una pérdida.

Por favor complete solamente el punto 11 ó 12 (no ambos)

## **11. Disminución del Apetito:**

- 0 No hay cambios en mi apetito habitual.
- 1 Como con menor frecuencia o cantidades menores de comida que lo habitual.
- 2 Como mucho menos que lo habitual y sólo con gran esfuerzo.
- 3 Como muy pocas veces en un periodo de 24 horas, y sólo con gran esfuerzo personal o cuando otros me persuaden para que coma.

## **12. Aumento del Apetito**

- 0 No hay cambios con respecto a mi apetito habitual.
- 1 Siento necesidad de comer con más frecuencia que lo habitual.
- 2 Habitualmente como con más frecuencia y/o mayores cantidades de comida que lo habitual.
- 3 Me siento impulsado a comer de más tanto a la hora de comer como entre las comidas.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)

*Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos **siete días**.*

Por favor complete solamente el punto 13 ó 14 (no ambos)

**13. Durante las Últimas dos Semanas:**

- 0 No he tenido cambios en mi peso.
- 1 Siento como si hubiese tenido una leve pérdida de peso.
- 2 He bajado 1 kilo o más de peso.
- 3 He bajado 2 kilos o más de peso.

**14. Durante las Últimas dos Semanas:**

- 0 No he tenido cambios en mi peso.
- 1 Siento como si hubiese tenido un leve aumento de peso.
- 2 He aumentado 1 kilo o más de peso.
- 3 He aumentado 2 kilos o más de peso.

**15. Concentración/Toma de Decisiones:**

- 0 No he notado cambios en mi capacidad habitual para concentrarme o tomar decisiones.
- 1 Ocasionalmente me siento indeciso o noto que mi atención se desvía.
- 2 La mayor parte del tiempo, lucho por focalizar mi atención o tomar decisiones.
- 3 No me puedo concentrar suficientemente bien para leer o ni siquiera puedo tomar pequeñas decisiones.

**16. Visión de Mí Mismo:**

- 0 Me veo a mí mismo tan valioso y apreciado como el resto de las personas.
- 1 Me siento más culpable que lo habitual.
- 2 Creo firmemente que le causo problemas a los demás.
- 3 Pienso casi constantemente tanto en mis pequeños como en mis grandes defectos.

**17. Visión de Mi Futuro:**

- 0 Tengo una visión optimista de mi futuro.
- 1 Ocasionalmente me siento pesimista con respecto a mi futuro, pero en general creo que las cosas van a mejorar.
- 2 Estoy bastante seguro que mi futuro inmediato (1-2 meses) no promete muchas cosas buenas.
- 3 No tengo esperanzas de que me suceda algo bueno en ningún momento del futuro.

**18. Pensamientos de Muerte o de Suicidio:**

- 0 No he pensado en el suicidio o la muerte.
- 1 Siento que la vida carece de sentido o me pregunto si vale la pena vivir.
- 2 Pienso en el suicidio o en la muerte muchas veces por semana durante varios minutos.
- 3 Pienso en el suicidio o en la muerte con algún detalle muchas veces al día, o he realizado planes específicos para suicidarme o realmente he intentado quitarme la vida.

**19. Interés General:**

- 0 No hay cambios fuera de lo habitual en mi interés en los demás o en otras actividades.
- 1 Noto que estoy menos interesado en los demás o en otras actividades.
- 2 Encuentro que tengo interés sólo en una o dos de mis actividades anteriores.
- 3 Prácticamente no tengo interés en las actividades que solía realizar anteriormente.

**20. Nivel de Energía:**

- 0 No hay cambios en mi nivel habitual de energía.
- 1 Me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para comenzar o finalizar mis actividades diarias habituales (por ejemplo, hacer las compras, las tareas para la casa, cocinar o ir a trabajar).
- 3 Realmente no puedo llevar a cabo la mayoría de mis actividades diarias porque no tengo energía.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)

*Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos **siete días**.*

**21. Capacidad Para Sentir Placer o Disfrutar** (excluyendo el sexo):

- 0 Disfruto de las actividades placenteras tanto como siempre.
- 1 No siento la misma capacidad de disfrutar actividades placenteras.
- 2 Rara vez siento placer al realizar alguna actividad.
- 3 Soy incapaz de sentir placer o disfrutar en nada de lo que hago.

**22. Interés en el Sexo** (Por favor señale si tiene interés, no si tiene actividad sexual):

- 0 Mi interés sexual es el mismo de siempre.
- 1 Mi interés sexual es algo menor que lo habitual o no obtengo el mismo placer sexual que antes.
- 2 Tengo escasos deseos o rara vez el sexo me produce placer.
- 3 No tengo ningún interés en el sexo o no me produce placer.

**23. Sentimiento de Lentitud:**

- 0 Pienso, hablo y me muevo con el ritmo habitual.
- 1 Encuentro que mi pensamiento es más lento o mi voz suena desanimada o apagada.
- 2 Me lleva varios segundos responder la mayoría de las preguntas y estoy seguro que mi pensamiento es más lento que lo usual.
- 3 Con frecuencia soy incapaz de responder preguntas sin tener que hacer un gran esfuerzo.

**24. Sentimiento de Inquietud:**

- 0 No me siento inquieto.
- 1 Con frecuencia me siento agitado, retuerzo las manos, o necesito cambiar de posición cuando estoy sentado.
- 2 Siento el impulso de moverme de un lado a otro y me siento bastante inquieto.
- 3 A veces, soy incapaz de quedarme sentado y necesito moverme de un lado a otro.

**25. Molestias y Dolores:**

- 0 No tengo sensación de pesadez en mis brazos o piernas y no siento malestares ni dolores.
- 1 A veces tengo dolores de cabeza o de estómago, de espalda o articulaciones, pero estos dolores son pasajeros y no me impiden hacer lo que necesito hacer.
- 2 Tengo esta clase de dolores la mayor parte del tiempo.
- 3 Estos dolores son tan fuertes que me obligan a suspender lo que estoy haciendo.

**26. Otros Síntomas Corporales:**

- 0 No tengo ninguno de estos síntomas: Latidos rápidos del corazón, visión borrosa, transpiración, sensaciones de calor y frío, dolor de pecho, sensación de que el corazón se me sale del pecho, zumbido en los oídos, o temblores.
- 1 Tengo algunos de estos síntomas pero son leves y se presentan sólo algunas veces.
- 2 Tengo varios de estos síntomas y me molestan bastante.
- 3 Tengo varios de estos síntomas y cuando aparecen, tengo que suspender lo que estoy haciendo.

# INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTO-INFORME)

*Por favor, haga un círculo en la respuesta que lo describa mejor durante los últimos **siete días**.*

## 27. Síntomas de Pánico (Terror)/Fobia:

- 0 No tengo sensaciones de pánico (terror) o miedos específicos (fobias) (como a los animales o a las alturas).
- 1 Tengo episodios de pánico (terror) leves o miedos que habitualmente no cambian mi conducta ni me impiden seguir con mis actividades.
- 2 Tengo episodios de pánico (terror) significativos o miedos que me fuerzan a cambiar mi conducta pero no me impiden seguir con mis actividades.
- 3 Tengo episodios de pánico (terror) una vez por semana o más, o tengo miedos severos que me impiden llevar a cabo mis actividades diarias.

## 28. Constipación/Diarrea:

- 0 No hay cambios en mis hábitos intestinales usuales.
- 1 Tengo constipación intermitente o diarrea leve.
- 2 Tengo diarrea o estoy constipado la mayor parte del tiempo pero no interfieren con mis actividades diarias.
- 3 Estoy constipado o tengo diarrea por lo que tomo medicamentos, o los mismos interfieren en mis actividades diarias.

## 29. Sensibilidad Interpersonal:

- 0 No me he sentido fácilmente rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás en absoluto.
- 1 Ocasionalmente me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás.
- 2 A menudo me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás, pero estos sentimientos han tenido poco efecto en mis relaciones o en el trabajo.
- 3 A menudo me he sentido rechazado, despreciado, criticado o lastimado por los demás y estos sentimientos han deteriorado mis relaciones y mi trabajo.

## 30. Pesadez (en brazos y piernas)/Energía física:

- 0 No he experimentado la sensación de cuerpo pesado y falta de energía física.
- 1 Ocasionalmente he tenido periodos de sentirme con el cuerpo pesado y sin energía física, pero sin que interfiera en el trabajo, la escuela, o mi nivel de actividad.
- 2 Me siento con el cuerpo pesado (sin energía física) más de la mitad del tiempo.
- 3 Me siento con el cuerpo pesado (sin energía física) la mayor parte del tiempo, varias horas por día, varios días por semana.

Gracias.