

Nombre Paciente:

Fecha:

BDI - 1

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DIA HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, puede marcarla también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

A	F
<ul style="list-style-type: none">0. No me siento triste1. Me siento triste2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo3. Ya no puedo soportar esta pena	<ul style="list-style-type: none">0. No siento que esté siendo castigado/a1. Me siento como si fuese a ser castigado/o2. Siento que me están castigando o que me castigarán3. Siento que merezco ser castigado/a
B	G
<ul style="list-style-type: none">0. No me siento pesimista, ni creo que las cosas me vayan a salir mal1. Me siento desanimado/a cuando pienso en el futuro2. Creo que nunca me recuperaré de mis penas3. Ya no espero nada bueno de la vida, esto no tiene remedio	<ul style="list-style-type: none">0. No estoy decepcionado de mí mismo/a.1. Estoy decepcionado de mí mismo/a.2. Estoy muy descontento/a conmigo mismo/a3. Me odio, me desprecio
C	H
<ul style="list-style-type: none">0. No me considero fracasado/a1. Creo que he tenido más fracasos que la mayoría de la gente2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso3. Me siento una persona totalmente fracasada	<ul style="list-style-type: none">0. No creo ser peor que otras personas1. Me critico mucho por mis debilidades y errores2. Continuamente me culpo de todo lo que va mal3. Siento que tengo muchos y muy graves defectos
D	I
<ul style="list-style-type: none">0. Las cosas me satisfacen tanto como antes1. No disfruto de las cosas tanto como antes2. Ya nada me llena3. Estoy harto/a de todo	<ul style="list-style-type: none">0. No tengo pensamientos de hacerme daño1. Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo2. Siento que estaría mejor muerto/a o que mi familia estaría mejor si yo me muriera3. Me mataría si pudiera
E	J
<ul style="list-style-type: none">0. No me siento culpable1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.3. Todo el tiempo me siento una persona mala y despreciable	<ul style="list-style-type: none">0. No lloro más de lo habitual1. Ahora lloro más de lo normal2. Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo3. Antes podía llorar, ahora no lloro aunque quisiera

K	Q						
0. No estoy más irritable que normalmente 1. Me irrito o enojo con más facilidad que antes 2. Me siento irritado/a todo el tiempo 3. Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba	0. No me canso más de lo normal 1. Me canso más fácilmente que antes 2. Cualquier cosa que hago me cansa 3. Estoy demasiado cansado/a para hacer nada						
L	R						
0. No he perdido el interés por los demás 1. Me intereso por la gente menos que antes 2. He perdido casi todo mi interés por los demás 3. Los demás no me importan en absoluto	0. Tengo el mismo apetito que siempre 1. No tengo tan buen apetito como antes 2. Ahora tengo mucho menos apetito 3. He perdido totalmente el apetito						
M	S						
0. Tomo mis decisiones como siempre 1. Estoy inseguro/a de mi mismo/a y evito tomar decisiones 2. Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda 3. Ya no puedo tomar decisiones en absoluto	0. No he perdido peso últimamente 1. He perdido más de 2 kilos 2. He perdido más de 5 kilos 3. He perdido más de 8 kilos Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO						
N	T						
0. No me siento con peor aspecto que antes 1. Me preocupa que ahora parezca más viejo/a o poco atractivo/a 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo/a 3. Creo que tengo un aspecto horrible	0. No estoy más preocupado/a por mi estado de salud que lo habitual 1. Estoy preocupado/a por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento 2. Estoy preocupado/a por mi salud y me es difícil pensar en otra cosa 3. Estoy tan preocupado/a por mis problemas de salud que soy incapaz de pensar en otra cosa						
O	U						
0. Puedo trabajar tan bien como siempre 1. Tengo que hacer un esfuerzo especial para iniciar algo 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo 3. Soy incapaz de hacer algún trabajo	0. No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo 1. Estoy menos interesado/a en el sexo que antes 2. Actualmente me siento mucho menos interesado/a en el sexo 3. He perdido todo mi interés por el sexo						
P							
0. Duermo tan bien como siempre 1. Me despierto más cansado/a por la mañana 2. Me estoy despertando una o dos horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a quedarme dormido/a 3. Me despierto varias horas más temprano todas las mañanas y no logro dormir más de 5 horas	<table border="1" style="border-style: dashed; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Subtotal Página 1</td> <td style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Subtotal Página 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Total</td> <td></td> </tr> </table>	Subtotal Página 1		Subtotal Página 2		Total	
Subtotal Página 1							
Subtotal Página 2							
Total							