

0 1 2 3	65. ¿Ha habido momentos en varios días o más en los que su hijo se sintió muy triste y deprimido durante el comienzo del día pero menos durante la tarde?
0 1 2 3	66. ¿Ha habido momentos en los que su hijo/a comenzó muchas actividades nuevas con mucho entusiasmo y luego encontró que perdía el interés rápidamente en ellas?
0 1 2 3	67. ¿Ha notado que el estado de ánimo de su hijo/a consistentemente sigue las estaciones, teniendo largos períodos de depresión durante el invierno y períodos mayormente alegres durante el verano?
0 1 2 3	68. ¿Ha tenido su hijo/a períodos en los que estaba triste y deprimido/a, interrumpidos por períodos cortos en los que su estado de ánimo era normal o moderadamente feliz?
0 1 2 3	69. ¿Ha habido momentos en varios días o más en los que su hijo/a se ha esforzado por controlar la necesidad de llorar, ha tenido episodios de llanto o se ha encontrado llorando sin realmente saber por qué (no relacionado con el ciclo menstrual)?
0 1 2 3	70. ¿Ha habido momentos en varios días o más en los que perdió casi todo el interés sexual?
0 1 2 3	71. ¿Se ha encontrado su hijo/a por momentos sintiéndose miedoso/a o suspicaz al ambiente o a personas a su alrededor?
0 1 2 3	72. ¿Ha habido períodos de tiempo en los que su hijo/a sintió una sensación de melancolía?
0 1 2 3	73. ¿Ha habido momentos en los que su hijo/a sintió que sería mejor estar muerto/a?
1 2	74. * ¿Ha tenido su hijo/a (o aún tiene) una amenaza de vida o una enfermedad crónica grave (incluyendo invalidez) durante el año pasado?
	1) Sí                      2) No
1 2	75. * ¿Ha tenido su hijo/a algún problema hormonal o endócrino, o ha tomado hormonas como tratamiento, en algún momento dentro de los últimos 5 años? (No incluir anticonceptivos)
	1) Sí                      2) No
1 2	76. * ¿Algún familiar cercano a su hijo/a ha muerto o tenido una enfermedad que puede causar la muerte, en los últimos tres meses?
	1) Sí                      2) No

# INVENTARIO DE COMPORTAMIENTO GENERAL

## Versión para padres (P-GBI)

Nombre del niño: .....

Fecha Nacimiento: .....

Año Escolar: .....

Llenado por (especificar): .....

A continuación encontrará algunas preguntas sobre comportamientos que ocurren en la población general. Piense qué tan seguido ocurren en su hijo/a. Utilizando la escala de abajo, seleccione el número que mejor describe qué tan seguido su hijo/a experimentó estos comportamientos durante el año pasado.

①	②	③
Nunca o Casi nunca	A veces Frecuentemente	Muy frecuentemente Casi constantemente

### Mantenga en mente los siguientes puntos:

**Frecuencia:** Usted puede haber notado alguno de estos comportamientos en la niñez o a comienzos de la adolescencia, o lo puede haber notado más recientemente. En cada caso, estime cuan frecuentemente ha tenido este comportamiento **durante el año pasado**.

Por ejemplo: si usted notó un comportamiento cuando su hijo tenía 5 años, y lo ha notado durante el pasado año nuevamente, marque la respuesta **“frecuentemente”** o **“muy frecuentemente-casi constantemente”**. En cambio, si su hijo ha tenido un comportamiento únicamente durante un período de tiempo aislado en su vida, pero no fuera de éste período, marque la respuesta **“nunca o casi nunca”** o **“a veces”**.

**Duración:** Muchas preguntas requieren que el comportamiento ocurra durante un período de tiempo aproximado (por ejemplo, “varios días o más”). La duración dada es un **mínimo**. Si su hijo/a experimenta este comportamiento por períodos más cortos, marque **“nunca o casi nunca”** o **“a veces”**.

**Variabilidad:** No importa si su hijo/a se puede librar de ciertos comportamientos si los tiene, lo que importa es si ha tenido estos comportamientos alguna vez. Por lo tanto si su hijo/a puede librarse de estos comportamientos, usted debe contestar de acuerdo a cuan frecuentemente los experimentó durante el último año.

**Por lo tanto, su tarea es evaluar cuan frecuentemente su hijo/a experimentó estos comportamientos, durante el año pasado, en el período de tiempo descrito en la pregunta.** Por favor lea cuidadosamente cada pregunta y escriba su respuesta al lado de cada una. Evite dejar alguna sin responder. Muchas gracias.

0 : Nunca o Casi nunca | 1: A veces | 2: Frecuentemente | 3: Muy frecuentemente Casi constantemente

- |         |   |
|---------|---|
| 0 1 2 3 | 52. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de tristeza y depresión en los cuales, por varios días o más, le tomó más de una hora dormirse de noche aún estando muy cansado?  |
| 0 1 2 3 | 53. ¿Ha tenido su hijo/a períodos que duraron varios días o más en los cuales su hijo/a se sintió deprimido/a o irritable y luego otros períodos de varios días o más en los cuales se sintió extremadamente eufórico/a y lleno/a de energía?                     |
| 0 1 2 3 | 54. ¿Ha habido períodos en los cuales, aunque su hijo/a se estaba sintiendo inusualmente contento/a e intensamente enérgico/a, casi todo le alteraba los nervios y lo/a ponía irritable o enojado/a (otro que el relacionado con el ciclo menstrual)?             |
| 0 1 2 3 | 55. ¿Ha habido momentos en los que su hijo/a tenía todo el tiempo pensamientos tristes o malos y no podía pararlos?   |
| 0 1 2 3 | 56. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los que su hijo/a realmente se deprimía y sentía que no valía nada?   |
| 0 1 2 3 | 57. ¿Ha habido momentos en los que su hijo/a quedaba en blanco en los cuales sus actividades se interrumpían y él/ella no sabía lo que pasaba a su alrededor?   |
| 0 1 2 3 | 58. ¿Ha tenido su hijo/a períodos tristes o depresivos de varios días o más, interrumpidos por períodos que duraban entre una hora a un día, en los que él/ella se sentía extremadamente feliz e intensamente enérgico?   |
| 0 1 2 3 | 59. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los que su hijo/a estaba más lento/a y no podía moverse tan rápido como siempre?  |
| 0 1 2 3 | 60. ¿Ha experimentado su hijo/a cambios en el peso (aumentos, disminuciones o ambos) de dos kilos y medio (2,5 Kg.) o más en períodos cortos de tiempo (tres semanas o más), sin incluir cambios debidos a enfermedades físicas, menstruación, ejercicio o dieta? |
| 0 1 2 3 | 61. ¿Ha habido períodos de un par de días o más en los que los sentimientos y pensamientos sexuales de su hijo/a eran casi constantes, y no podía pensar en otra cosa?  |
| 0 1 2 3 | 62. ¿Ha tenido su hijo/a períodos en los cuales el futuro le parecía sin esperanza y que las cosas no podían mejorar?   |
| 0 1 2 3 | 63. ¿Ha habido períodos que duraron varios días o más en los que su hijo/a estaba tan inmerso en su depresión que pensó que no iba a poder nunca salir de eso?  |
| 0 1 2 3 | 64. ¿Ha tenido su hijo/a momentos en los que sus pensamientos e ideas eran tan rápidos que no podía expresarlos a todos o eran tan rápidos que los demás se quejaron de no poder seguir las ideas de su hijo/a?   |

- |         |   |
|---------|---|
| 0 1 2 3 | 39. ¿Ha habido momentos en los cuales su hijo/a se sentía triste y deprimido/a y a la vez debía esforzarse mucho para controlar sentimientos de rabia o la urgencia de tirar o destrozar cosas?   |
| 0 1 2 3 | 40. ¿Ha notado que los sentimientos o energía de su hijo/a están generalmente arriba o abajo pero muy raramente en el medio?  |
| 0 1 2 3 | 41. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de varios días o más en los cuales le era difícil o casi imposible pensar y su mente estaba lenta, estancada o "muerta"?  |
| 0 1 2 3 | 42. ¿Ha habido momentos en los cuales su hijo/a tuvo una fuerte necesidad de hacer algo perjudicial, destructivo, riesgoso o escandaloso?   |
| 0 1 2 3 | 43. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los cuales la forma de pensar de su hijo/a era tan rápida y clara que era mucho mejor que la de la mayoría de las otras personas?   |
| 0 1 2 3 | 44. ¿Ha habido momentos en los cuales su hijo/a reaccionó (explotó) frente a los demás y luego se sintió muy mal consigo mismo/a?   |
| 0 1 2 3 | 45. Durante el pasado año, ¿ha habido momentos de varios días o más en los cuales su hijo/a estaba tan deprimido/a que nada (ni siquiera amigos o buenas noticias) podían levantarle el ánimo?  |
| 0 1 2 3 | 46. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los cuales su hijo/a sintió que era una persona muy importante o que sus habilidades o talentos eran mejores que los de la mayoría de las personas?   |
| 0 1 2 3 | 47. ¿Ha habido momentos en los cuales su hijo/a se odiaba o sentía que era estúpido/a, feo/a, no querible o inútil?   |
| 0 1 2 3 | 48. ¿Ha notado que los pensamientos de su hijo/a cambian mucho, que hay períodos de varios días o más en los cuales piensa mejor que la mayoría de las personas y otros períodos en los cuales su mente no trabaja para nada bien?  |
| 0 1 2 3 | 49. ¿Ha habido momentos de un día o más en los cuales su hijo/a no tenía sentimientos ni emociones y parecía separado de las demás personas?  |
| 0 1 2 3 | 50. ¿Tiene su hijo/a períodos tristes o depresivos que duran varios días o más en los que también se siente más ansioso/a o tenso/a (miedoso/a, nervioso/a) de lo usual (diferente a lo relacionado con el ciclo menstrual)?  |
| 0 1 2 3 | 51. ¿Ha habido momentos en los cuales su hijo/a ha hecho cosas -como manejar de forma arriesgada, decidir un viaje a último momento, provocar disturbios, ser más activo de lo normal sexualmente, iniciar peleas, destruir propiedades o involucrarse en problemas con la ley - que luego pensó que demostraron un juicio pobre? |

- |         |  |
|---------|--|
| 0 1 2 3 | 1. ¿Ha habido períodos en la vida de su hijo/a durante el último año, en los que le fue casi imposible tomar pequeñas decisiones, aunque generalmente esto no es lo que le ocurre?   |
| 0 1 2 3 | 2. ¿Ha notado que su hijo/a disfrute estar con otras personas y que cambie de disfrutar muchísimo y querer estar con ellas todo el tiempo a no querer verlas para nada?  |
| 0 1 2 3 | 3. ¿Ha estado su hijo/a triste, deprimido/a o irritable por varios días o más sin realmente entender por qué?  |
| 0 1 2 3 | 4. ¿Ha experimentado su hijo/a períodos de varios días o más en los cuales aún sintiéndose inusualmente alegre e intensamente enérgico/a (claramente más de lo normal en él/ella), también estaba físicamente inquieto/a, incapaz de quedarse quieto/a, y tenía que estar todo el tiempo en movimiento o saltando de una actividad a otra? |
| 0 1 2 3 | 5. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los cuales su hijo/a necesitó dormir más, aunque durmió más en la noche o se quedó durante el día (sin incluir cuando hace ejercicio, está enfermo/a o tiene mucho trabajo)?  |
| 0 1 2 3 | 6. ¿Han dicho las personas que su hijo/a parece triste o solitario/a?  |
| 0 1 2 3 | 7. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los cuales su hijo/a estaba activo/a casi constantemente, de tal manera que otros le han dicho que no podían seguirle el ritmo a él/ella o que los agotaba?   |
| 0 1 2 3 | 8. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los cuales su hijo/a no pudo mantener su atención en una cosa por más de unos pocos segundos, y su mente saltaba rápidamente de un pensamiento a otro o a cosas a su alrededor?   |
| 0 1 2 3 | 9. ¿Ha habido períodos que duraron varios días o más en los cuales su hijo/a perdió casi todo interés en las personas cercanas y pasó largos períodos solo/a?  |
| 0 1 2 3 | 10. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de varios días o más en los que no sintió gusto por la comida y no disfrutaba para nada de comer?  |
| 0 1 2 3 | 11. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los cuales los amigos de su hijo/a o miembros de la familia le comentaron que lo veían inusualmente alegre o eufórico -claramente diferente a lo usual o de su buen estado de ánimo típico?  |
| 0 1 2 3 | 12. ¿Ha habido momentos en los cuales la memoria o concentración de su hijo/a parecía especialmente pobre y le era difícil, por ejemplo, leer o seguir un programa de TV aunque lo intentara?  |
| 0 1 2 3 | 13. ¿Ha habido momentos en los que su hijo/a perdía casi todo interés en las cosas que usualmente le gustaban (tales como hobbies, escuela, trabajo, entretenimiento)?   |

0 1 2 3	14. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de tristeza y depresión en los cuales casi todo lo/a ponía nervioso/a, irritable o enojado/a (aparte de lo relacionado con el ciclo menstrual)?
0 1 2 3	15. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los cuales su hijo/a no tenía necesidad de dormir y podía estar despierto/a y alerta por más tiempo del normal ya que estaba con mucha energía?
0 1 2 3	16. ¿Ha tenido su hijo/a períodos largos en los cuales sentía que no podía disfrutar de la vida tan fácilmente como los demás?
0 1 2 3	17. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de varios días o más en los cuales quería estar todo el tiempo con personas, aunque éstas le pidiesen que los dejara solos por un rato?
0 1 2 3	18. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los cuales su hijo/a estaba tan cansado/a y agotado/a que le era muy difícil o casi imposible realizar las actividades diarias normales (sin incluir períodos de ejercicio intenso, enfermedad o trabajo pesado)?
0 1 2 3	19. ¿El humor o energía de su hijo/a cambió rápidamente de alegre a triste o de alto a bajo y viceversa?
0 1 2 3	20. ¿Ha habido períodos que duraron varios días o más en los cuales su hijo/a se pasaba todo el tiempo recordando (rumiando) cosas desagradables que había pasado?
0 1 2 3	21. ¿Ha habido momentos en los cuales su hijo/a sentía que estaba separado/a físicamente de las demás personas o de él/ella mismo/a, o se sentía como en un sueño, o que el mundo parecía diferente o que de alguna manera había cambiado?
0 1 2 3	22. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de alegría extrema y energía intensa que duraron varios días o más en los cuales también se sintió mucho más ansioso/a o tenso/a (miedoso/a, nervioso/a, tenso/a) de lo usual (diferente a lo relacionado con el ciclo menstrual)?
0 1 2 3	23. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los cuales su hijo/a estaba tan triste que parecía muy doloroso para él /ella, o que sentía que no podía soportarlo?
0 1 2 3	24. ¿Ha notado que los hábitos alimenticios de su hijo/a varían -de períodos de dos o más días donde la comida es exquisita, claramente más de lo usual, a períodos de varios días o más en los cuales la comida no tiene sabor y tal vez no disfruta para nada de comer?
0 1 2 3	25. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los cuales su hijo/a se despierta muy temprano en la mañana y le cuesta volver a dormirse?

0 1 2 3	26. ¿Ha tenido su hijo/a períodos en los cuales estaba tan deprimido/a que le costaba comenzar a hablar o que el hablar le insumía demasiada energía?
0 1 2 3	27. ¿Ha habido momentos de varios días o más en los cuales, aunque se sintiera inusualmente alegre e intensamente enérgico (claramente más de lo normal), su hijo/a debía también hacer un gran esfuerzo para controlar sentimientos de rabia o la necesidad de tirar o romper cosas?
0 1 2 3	28. ¿Ha habido períodos sin tomar en cuenta aquellos en los cuales su hijo/a estaba enfermo en los que su hijo/a tuvo más de uno de los siguientes síntomas: (a) cefaleas o sentimientos de tensión, presión o "mareo" en su cabeza; (b) mareos; (c) constipación o diarrea; (d) dolores; (e) náuseas, vómitos, o dolores de estómago; (f) visión borrosa; (g) temblores o manos temblorosas; o (h) sentir mucho frío?
0 1 2 3	29. ¿Ha experimentado su hijo/a períodos de varios días o más en los cuales estaba deprimido/a y también estaba físicamente inquieto/a, incapaz de sentarse tranquilo/a y tenía que estar en movimiento o saltando de una actividad a otra?
0 1 2 3	30. ¿Ha habido momentos que duraron varios días o más en los cuales su hijo/a sintió que debía tener muchas emociones y realmente hizo muchas cosas nuevas y diferentes?
0 1 2 3	31. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de felicidad extrema e intensa energía (claramente más de lo usual) en los cuales, por varios días o más, le tomó más de una hora dormirse en la noche?
0 1 2 3	32. Durante el pasado año, ¿ha habido momentos en los cuales su hijo/a miraba hacia atrás en su vida y sólo veía los errores y dificultades?
0 1 2 3	33. ¿Ha experimentado su hijo/a momentos de varios días o más en los cuales sentía que se movía en cámara lenta?
0 1 2 3	34. Durante el pasado año, ¿ha habido períodos largos en la vida de su hijo/a en los cuales se sintió triste, deprimido/a o irritable la mayor parte del tiempo?
0 1 2 3	35. ¿Parecería que su hijo/a experimenta tanto las emociones placenteras como las dolorosas más intensamente que las otras personas?
0 1 2 3	36. ¿Ha habido períodos de varios días o más en los cuales su hijo/a se sintió culpable y pensó que merecía ser castigado/a por algo que hizo o no hizo?
0 1 2 3	37. ¿Ha tenido su hijo/a momentos de varios días o más en los cuales se despertaba frecuentemente y se quedaba despierto/a a mitad de la noche?
0 1 2 3	38. ¿Ha tenido su hijo/a períodos de felicidad extrema o energía alta que duraron varios días o más en los cuales lo que veía, oía, olía, gustaba o tocaba parecía más vívido o intenso?