

**QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)**

***THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.***

Questionnaire completed on visit date  or specify date completed: \_\_\_\_\_  
DD-Mon-YYYY

***Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.***

**PARA CADA ÍTEM, MARQUE UNA SOLA RESPUESTA QUE MEJOR LE DESCRIBA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.**

**1. Conciliar el sueño:**

- 0 Nunca tardé más de 30 minutos en dormirme.
- 1 Tardé por lo menos 30 minutos en dormirme, menos de la mitad de las veces.
- 2 Tardé por lo menos 30 minutos en dormirme, más de la mitad de las veces.
- 3 Tardé más de 60 minutos en dormirme, más de la mitad de las veces.

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

- 0 No me desperté durante la noche.
- 1 Tuve el sueño liviano e intranquilo; me desperté unas cuantas veces todas las noches por corto tiempo.
- 2 Me desperté al menos una vez cada noche, pero volví a dormirme fácilmente.
- 3 Me desperté más de una vez cada noche y me quedé despierto/a durante 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.

**3. Despertarse demasiado temprano:**

- 0 La mayoría de las veces me desperté no más de 30 minutos antes de lo necesario.
- 1 Más de la mitad de las veces me desperté más de 30 minutos antes de lo necesario.
- 2 Casi siempre me desperté por lo menos una hora antes de lo necesario, pero finalmente me dormí nuevamente.
- 3 Me desperté por lo menos una hora antes de lo necesario y no pude volver a dormirme.

**4. Dormir demasiado:**

- 0 Dormí no más de 7-8 horas por noche, sin haber dormido la siesta durante el día.
- 1 Dormí no más de 10 horas en un período de 24 horas, incluyendo las siestas.
- 2 Dormí no más de 12 horas en un período de 24 horas, incluyendo las siestas.
- 3 Dormí más de 12 horas en un período de 24 horas, incluyendo las siestas.

**5. Sensación de tristeza:**

- 0 No me sentí triste.
- 1 Me sentí triste menos de la mitad de las veces.
- 2 Me sentí triste más de la mitad de las veces.
- 3 Me sentí triste casi todo el tiempo.

<b>QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)</b>	
<b>PARA CADA ÍTEM, MARQUE UNA SOLA RESPUESTA QUE MEJOR LE DESCRIBA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.</b>	
<b>Por favor complete <u>ya sea 6 ó 7</u> (no ambos)</b>	
<b>6. Disminución del apetito:</b> <input type="checkbox"/> 0 Mi apetito no disminuyó. <input type="checkbox"/> 1 Comí con considerable menor frecuencia o menor cantidad de comida de lo habitual. <input type="checkbox"/> 2 Comí mucho menos de lo habitual y sólo haciendo un esfuerzo. <input type="checkbox"/> 3 Casi no comí dentro de un período de 24 horas, y sólo haciendo un tremendo esfuerzo o cuando los demás me convencieron de comer.	<b>7. Aumento del apetito:</b> <input type="checkbox"/> 0 Mi apetito no aumentó. <input type="checkbox"/> 1 Sentí la necesidad de comer con más frecuencia de lo habitual. <input type="checkbox"/> 2 A menudo comí con más frecuencia y/o más cantidad de comida de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3 Me sentí impulsado/a a comer de más, tanto en las comidas como entre las comidas.
<b>Por favor complete <u>ya sea 8 ó 9</u> (no ambos)</b>	
<b>8. Pérdida de peso (dentro de los últimos 14 días):</b> <input type="checkbox"/> 0 No he perdido peso. <input type="checkbox"/> 1 Siento que tuve una leve pérdida de peso. <input type="checkbox"/> 2 He perdido 1 kg o más. <input type="checkbox"/> 3 He perdido 2 kg o más.	<b>9. Aumento de peso (dentro de los últimos 14 días):</b> <input type="checkbox"/> 0 No he aumentado de peso. <input type="checkbox"/> 1 Siento que tuve un leve aumento de peso. <input type="checkbox"/> 2 He aumentado 1 kg o más. <input type="checkbox"/> 3 He aumentado 2 kg o más.
<b>10. Concentración/Toma de decisiones:</b> <input type="checkbox"/> 0 No hubo cambio en mi capacidad habitual para concentrarme o tomar decisiones. <input type="checkbox"/> 1 A veces me sentí indeciso/a o me di cuenta de que me distraía. <input type="checkbox"/> 2 La mayor parte del tiempo tuve que esforzarme para mantener la atención o para tomar decisiones. <input type="checkbox"/> 3 No me pude concentrar suficientemente bien para leer ni tampoco pude tomar decisiones sin importancia.	
<b>11. Percepción de mí mismo/a:</b> <input type="checkbox"/> 0 Me consideré que valgo tanto y que tengo los mismos derechos que las demás personas. <input type="checkbox"/> 1 Me sentí más culpable de lo habitual. <input type="checkbox"/> 2 En gran medida, creí que le causé problemas a otras personas. <input type="checkbox"/> 3 Pensé casi constantemente en mis defectos, tanto en los importantes como en los triviales.	
<b>12. Pensamientos de muerte o suicidio:</b> <input type="checkbox"/> 0 No pensé en el suicidio o la muerte. <input type="checkbox"/> 1 Sentí que mi vida estaba vacía y me pregunté si valía la pena vivir. <input type="checkbox"/> 2 Pensé en el suicidio o la muerte varias veces en la semana durante varios minutos. <input type="checkbox"/> 3 Pensé en el suicidio o la muerte varias veces al día con cierto detalle, o hice planes de cómo suicidarme, o realmente intenté quitarme la vida.	

**QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)**

**PARA CADA ÍTEM, MARQUE UNA SOLA RESPUESTA QUE MEJOR LE DESCRIBA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.**

**13. Interés general:**

- 0 No hubo cambio de lo habitual en cuanto a mi interés en otras personas o actividades.
- 1 Noté que estaba menos interesado/a en la gente o en las actividades.
- 2 Me di cuenta que sólo me interesaban una o dos de las actividades que solía hacer.
- 3 No tuve prácticamente ningún interés en las actividades que solía hacer.

**14. Nivel de energía:**

- 0 No hubo cambio en mi nivel de energía habitual.
- 1 Me cansé más fácilmente de lo habitual.
- 2 Tuve que hacer un gran esfuerzo para empezar o terminar mis actividades diarias habituales (por ejemplo: hacer las compras, estudiar, cocinar o ir a trabajar).
- 3 Realmente, no pude realizar la mayoría de mis actividades diarias habituales porque simplemente no tuve energías.

**15. Sensación de estar más lento/a:**

- 0 Pensé, hablé y me moví a mi nivel de velocidad habitual.
- 1 Me di cuenta de que mi pensamiento estaba más lento de lo habitual o que mi voz sonaba monótona y achatada.
- 2 Tardé varios segundos para responder la mayoría de las preguntas y estoy seguro/a de que mi pensamiento estaba más lento de lo habitual.
- 3 Con frecuencia no pude responder preguntas si no era haciendo un extremo esfuerzo.

**16. Sensación de inquietud:**

- 0 No me sentí inquieto/a.
- 1 Con frecuencia me sentí intranquilo/a, me apretaba las manos o necesitaba cambiar la posición en la que estaba sentado/a.
- 2 Tuve impulsos de estar en movimiento y me sentí bastante inquieto/a.
- 3 Por momentos, me resultó imposible quedarme sentado/a y comencé a dar vueltas.

*Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.*

EPI0905.QIDSSR

**Confirmo que esta información es correcta.**

Iniciales del Paciente/Sujeto:

Fecha:

## QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SCORE SHEET)

**NOTE: THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE STUDY PERSONNEL ONLY.**

\_\_\_\_\_ Enter the highest score on any 1 of the 4 sleep items (1-4)

\_\_\_\_\_ Item 5

\_\_\_\_\_ Enter the highest score on any 1 of the appetite/weight items (6-9)

\_\_\_\_\_ Item 10

\_\_\_\_\_ Item 11

\_\_\_\_\_ Item 12

\_\_\_\_\_ Item 13

\_\_\_\_\_ Item 14

\_\_\_\_\_ Enter the highest score on either of the 2 psychomotor items (15 and 16)

\_\_\_\_\_ **Total Score (Range: 0-27)**

*Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.*

EPI0905.QIDSSR