

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.

MARQUE EN CADA TEMA LA RESPUESTA QUE MEJOR LO/LA DESCRIBE DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.

1. Dormirse:

- 0 Nunca he demorado más de 30 minutos en dormirme.
- 1 He demorado por lo menos 30 minutos en dormirme, 3 ó menos días de la semana.
- 2 He demorado por lo menos 30 minutos en dormirme, 4 ó más días de la semana.
- 3 He demorado más de 60 minutos en dormirme, 4 ó más días de la semana.

2. Sueño nocturno:

- 0 No me he despertado durante la noche.
- 1 Todas las noches he tenido sueño ligero e intranquilo y me he despertado varias veces por corto tiempo.
- 2 Al menos una vez cada noche me he despertado pero he vuelto a dormirme fácilmente.
- 3 Cada noche me he despertado más de una vez y me he quedado despierto/a durante 20 minutos o más, 4 ó más días de la semana.

3. Despertarse demasiado temprano:

- 0 4 ó más días de la semana me he despertado no más de 30 minutos antes de la hora de levantarme.
- 1 4 ó más días de la semana me he despertado más de 30 minutos antes de la hora de levantarme.
- 2 Casi siempre me he despertado por lo menos una hora antes de lo necesario, pero finalmente he vuelto a dormirme.
- 3 Me he despertado por lo menos una hora antes de lo necesario, y ya no he podido volver a dormir.

4. Dormir demasiado:

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

5. Sentirse triste:

- 0 No me he sentido triste.
- 1 Me he sentido triste 3 ó menos días de la semana.
- 2 Me he sentido triste 4 ó más días de la semana.
- 3 Me he sentido triste casi todo el tiempo.

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)	
MARQUE EN CADA TEMA LA RESPUESTA QUE MEJOR LO/LA DESCRIBE DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.	
Responda la pregunta 6 ó 7 (no ambas)	
<p>6. Disminución del apetito:</p> <p><input type="checkbox"/>0 Mi apetito habitual no ha cambiado.</p> <p><input type="checkbox"/>1 He comido mucho menos frecuentemente o en menos cantidad que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2 He comido mucho menos que lo habitual y sólo haciendo un esfuerzo.</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi no he comido en un período de 24 horas, y sólo haciendo un tremendo esfuerzo o cuando los demás me han convencido que coma.</p>	<p>7. Aumento del apetito:</p> <p><input type="checkbox"/>0 Mi apetito habitual no ha cambiado.</p> <p><input type="checkbox"/>1 He sentido la necesidad de comer con más frecuencia que la habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2 A menudo he comido con más frecuencia y/o más cantidad que la habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3 He sentido fuertes ganas de comer de más, tanto en las comidas como entre comidas.</p>
Responda la pregunta 8 ó 9 (no ambas)	
<p>8. Pérdida de peso (dentro de las últimas dos semanas):</p> <p><input type="checkbox"/>0 Mi peso no ha cambiado.</p> <p><input type="checkbox"/>1 Siento como si hubiera tenido una leve pérdida de peso.</p> <p><input type="checkbox"/>2 He perdido 1 kilo o más.</p> <p><input type="checkbox"/>3 He perdido más de 2 kilos.</p>	<p>9. Aumento de peso (dentro de las últimas dos semanas):</p> <p><input type="checkbox"/>0 Mi peso no ha cambiado.</p> <p><input type="checkbox"/>1 Siento como si hubiera tenido un leve aumento de peso.</p> <p><input type="checkbox"/>2 He aumentado 1 kilo o más.</p> <p><input type="checkbox"/>3 He aumentado más de 2 kilos.</p>
<p>10. Concentración/Toma de decisiones:</p> <p><input type="checkbox"/>0 Mi capacidad habitual para concentrarme o tomar decisiones no ha cambiado.</p> <p><input type="checkbox"/>1 A veces me he sentido indeciso/a o me he dado cuenta que me distraigo.</p> <p><input type="checkbox"/>2 La mayor parte del tiempo he tenido que esforzarme para mantener la atención o para tomar decisiones.</p> <p><input type="checkbox"/>3 No he podido concentrarme suficientemente para leer o ni siquiera he podido tomar decisiones sin importancia.</p>	
<p>11. Percepción de mí mismo/a:</p> <p><input type="checkbox"/>0 Me he considerado que valgo tanto y tengo los mismos derechos que las demás personas.</p> <p><input type="checkbox"/>1 Me estoy culpando más de lo normal.</p> <p><input type="checkbox"/>2 En gran medida, creo que le he causado problemas a otras personas.</p> <p><input type="checkbox"/>3 He pensado casi constantemente en mis defectos grandes y pequeños.</p>	
<p>12. Pensamientos de muerte o suicidio:</p> <p><input type="checkbox"/>0 No he pensado en el suicidio o la muerte.</p> <p><input type="checkbox"/>1 He sentido que mi vida está vacía o me he preguntado si vale la pena vivir.</p> <p><input type="checkbox"/>2 He pensado en el suicidio o la muerte varias veces por semana durante varios minutos.</p> <p><input type="checkbox"/>3 He pensado en el suicidio o la muerte varias veces al día con cierto detalle, he hecho planes de cómo suicidarme o realmente he intentado quitarme la vida.</p>	

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)

MARQUE EN CADA TEMA LA RESPUESTA QUE MEJOR LO/LA DESCRIBE DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS.

13. Interés general:

- 0 Mi interés habitual en otras personas o actividades no ha cambiado.
- 1 He notado que estoy menos interesado/a en la gente o en actividades.
- 2 Sólo me han interesado una o dos de las actividades que solía hacer.
- 3 No he tenido prácticamente ningún interés en las actividades que solía hacer.

14. Nivel de energía:

- 0 Mi nivel de energía habitual no ha cambiado.
- 1 Me he cansado más fácilmente que lo habitual.
- 2 He tenido que hacer un gran esfuerzo para empezar o terminar mis actividades diarias (por ejemplo: hacer las compras, estudiar, cocinar o ir a trabajar).
- 3 Realmente, no he podido realizar la mayoría de mis actividades diarias porque simplemente no he tenido energías.

15. Sensación de lentitud:

- 0 Mi velocidad habitual para pensar, hablar y moverme no ha cambiado.
- 1 Me he dado cuenta que mi pensamiento ha estado lento o que mi voz ha sonado monótona y apagada.
- 2 He demorado varios segundos en responder la mayoría de las preguntas y estoy seguro/a que mi pensamiento está lento.
- 3 Con frecuencia, sólo haciendo un extremo esfuerzo he podido responder las preguntas.

16. Sensación de inquietud:

- 0 No me he sentido inquieto/a.
- 1 Con frecuencia, he estado inquieto/a, me he apretado las manos o he necesitado cambiar la posición en la que estaba sentado/a.
- 2 He tenido impulsos de estar en movimiento y he estado bastante inquieto/a.
- 3 Por momentos, me ha resultado imposible quedarme sentado/a y he necesitado caminar de un lado para otro.

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

EPI0905.QIDSSR

Confirmo que esta información es exacta.

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