

Número  
del paciente

Fecha

 /  / 

MM

DD

AAAA

Nivel

Semana  
en el nivel**EN CADA SECCIÓN, POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS.****Durante los últimos siete días...****1. Quedarse dormido:**

- 0 Nunca tardo más de 30 minutos para dormirme.
- 1 Tardo al menos 30 minutos en dormirme, menos de la mitad de las veces.
- 2 Tardo por lo menos 30 minutos en dormirme, más de la mitad de las veces.
- 3 Tardo más de 60 minutos en dormirme, más de la mitad de las veces.

**2. Dormir durante la noche:**

- 0 No me despierto durante la noche.
- 1 Tengo un sueño ligero inquieto y siempre me despierto brevemente y varias veces durante la noche.
- 2 Me despierto por lo menos una vez cada noche, pero vuelvo a dormirme fácilmente.
- 3 Me despierto más de una vez cada noche y me quedo despierto por 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.

**3. Despertarse demasiado temprano:**

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

**4. Dormir demasiado:**

- 0 No duermo más de 7 a 8 horas por noche, sin hacer una siesta durante el día.
- 1 No duermo más de 10 horas incluyendo siestas durante un período de 24 horas.
- 2 No duermo más de 12 horas incluyendo siestas durante un período de 24 horas.
- 3 Duermo más de 12 horas, incluyendo siestas durante un período de 24 horas.

**Durante los últimos siete días...****5. Sentirse Triste:**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste menos de la mitad de las veces.
- 2 Me siento triste más de la mitad de las veces.
- 3 Me siento triste casi siempre.

**Por favor responda a la pregunta 6 ó 7****6. Menos apetito: (pero no a ambas)**

- 0 No hay cambio en mi apetito usual.
- 1 Como algo menos o menor cantidad de alimento que lo usual.
- 2 Como mucho menos que lo usual y solamente con esfuerzo personal.
- 3 Como raramente durante un período de 24 horas, y solamente con mucho esfuerzo personal o cuando otros me persuaden a que lo haga.

**- O -****7. Más apetito:**

- 0 No hay cambio en mi apetito usual.
- 1 Siento una necesidad de comer más frecuentemente que lo usual.
- 2 Como regularmente más frecuentemente y/o mayores cantidades de alimento que lo usual.
- 3 Me siento conducido a sobrealimentarme tanto en la hora de comer como entre comidas.

**Por favor, responda a la pregunta 8 ó 9****8. Disminución de peso (pero no a ambas)**

(durante las dos últimas semanas):

- 0 No he tenido un cambio en mi peso.
- 1 Creo que he tenido una ligera pérdida de peso.
- 2 He perdido 2 libras o más.
- 3 He perdido 5 libras o más.

**- O -****9. Aumento de peso (durante las dos últimas semanas):**

- 0 No he tenido un cambio en mi peso.
- 1 Creo que he aumentado ligeramente de peso.
- 2 He ganado 2 libras o más.
- 3 He ganado 5 libras o más.

Número  
del paciente

Fecha

 /  / 

MM

DD

AAAA

Nivel

Semana  
en el nivel**Durante los últimos siete días...****10. Concentración y toma de decisiones:**

- 0 No hay cambio en mi capacidad habitual de concentrarme o de hacer decisiones.
- 1 Me siento ocasionalmente indeciso o con poca atención.
- 2 La mayoría de las veces, me esfuerzo para concentrarme o tomar decisiones.
- 3 No puedo concentrarme bastante bien para leer o no puedo tomar decisiones menores.

**11. Lo que pienso de mí mismo:**

- 0 Creo que valgo tanto como los demás.
- 1 Me culpo más que lo usual.
- 2 Creo ampliamente que provoco problemas para otros.
- 3 Pienso casi constantemente acerca de defectos mayores y menores en mi mismo.

**12. Pensamientos de muerte o de suicidio:**

- 0 No pienso en el suicidio o la muerte.
- 1 Considero que la vida no tiene sentido y me pregunto si vale la pena vivir.
- 2 Pienso en el suicidio o en la muerte varias veces por semana por varios minutos.
- 3 Pienso en el suicidio o en la muerte varias veces al día con bastante detalle o he hecho planes concretos para suicidarme o he realmente intentado terminar mi vida.

**13. Interés general:**

- 0 Las personas y las actividades me interesan como siempre.
- 1 Noto que estoy menos interesado en la gente o en actividades.
- 2 Me interesan sólo una o dos de las actividades que tenía anteriormente.
- 3 Prácticamente no me interesa ninguna de las actividades que tenía anteriormente.

**Durante los últimos siete días...****14. Nivel de energía:**

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

**15. Sentirse más lento que lo usual:**

- 0 Pienso, hablo, y me muevo tan rápido como antes.
- 1 Encuentro que mi pensamiento es más lento o mi voz suena sin ánimo y aburrida.
- 2 Tardo varios segundos para responder a la mayoría de las preguntas y estoy seguro de que mi pensamiento es más lento.
- 3 Me siento frecuentemente incapaz de responder a las preguntas a menos que haga mucho esfuerzo.

**16. Sentirse inquieto:**

- 0 No me siento inquieto.
- 1 Estoy frecuentemente inquieto, restriego mis manos, o necesito cambiar de posición cuando estoy sentado.
- 2 Tengo impulsos de estar moviéndome y me siento bastante inquieto.
- 3 A veces me siento incapaz de permanecer sentado y necesito ir de un lado al otro.

**MAQ**

17. Si su doctor le ha recetado medicamento para su depresión, ¿cuántas veces durante la última semana se olvidó de tomar su medicamentos? Incluya todas las veces, tanto si se olvidó como si las perdió o decidió no tomar los medicamentos. Por favor marque una.

- N/C, sin med. recetados       Alrededor de la mitad de las veces
- Nunca faltó       Un tanto más de la mitad de las veces
- Raramente       Muy seguido
- Algunas veces       Casi siempre
- Menos de la mitad de las veces       Siempre

**Gracias por responder este cuestionario.**

Patient ID

Date

 /  /   
MM DD YYYY

Level

Week in  
level**FOR OFFICE USE ONLY****18. Type of visit:** Protocol visit English Ad hoc visit Spanish**AT ENTRY TO LEVEL 1 (BASELINE) OR LEVEL 2 ENTRY ONLY:****19. Is the patient currently participating in any psychotherapy OTHER THAN Cognitive Therapy (CT, CBT), Interpersonal Psychotherapy (IPT), or Brief Dynamic Psychotherapy?** Yes  No**QIDS-SR<sub>16</sub> SCORING SHEET****To Score the QIDS-SR<sub>16</sub>:**

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

Item 5

Enter the highest score on any 1 appetite/weight item (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)

**20. Total Score (Range: 0-27)**

CRC ID