

Cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado en la práctica clínica de pacientes depresivos

Enzo Guzzo

*Médico especialista en Psiquiatría; Máster en Neuropsicofarmacología
Profesor Asistente de Psiquiatría -Instituto Universitario CEMIC-
Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina
Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencias -CAPyN-
Departamento de Psiquiatría CEMIC, Buenos Aires, Argentina
E-mail: eguzzo@cemic.edu.ar*

Astrid Teme

*Médica especialista en Psiquiatría
Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencias -CAPyN-*

Karina Chimera

*Licenciada en Psicología
ATSalMed -Acompañamiento Terapéutica en Salud Mental- Buenos Aires, Argentina*

Hugo Krupitzki

*Médico especialista en Obstetricia y Ginecología
Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina
Instituto de Investigaciones CEMIC -Instituto Universitario CEMIC-*

Pablo Rozic

*Médico especialista en Psiquiatría
Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina
Instituto de Investigaciones CEMIC -Instituto Universitario CEMIC-
Departamento de Psiquiatría CEMIC, Buenos Aires, Argentina*

Fernando Taragano

*Médico especialista en Psiquiatría
Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina
Colegio Argentino de Psicofarmacología y Neurociencias -CAPyN-
Instituto de Investigaciones CEMIC -Instituto Universitario CEMIC-
Departamento de Psiquiatría CEMIC, Buenos Aires, Argentina
Sección de Investigación y Rehabilitación de Enfermedades Cognitivas - Departamento de Medicina, CEMIC-*

Introducción

La depresión es una causa tratable de sufrimiento, discapacidad y muerte, no obstante lo cual su adecuada identificación y tratamiento continúan siendo un reto en la práctica clínica y un severo problema en la salud pública mundial (1).

La prevalencia para los trastornos depresivos en sus diferentes formas se estima entre 20% y 25%, aproximadamente (2). Además, estos trastornos constituyen más de un 10% de las consultas médicas en atención primaria (3, 4).

Es importante mencionar que del total de los pacientes que sufren depresión sólo la mitad de ellos consulta. De quienes lo hacen, la mitad son diagnosticados, y de estos sólo la mitad recibe algún tipo de tratamiento (5, 6).

Clásicamente se describen 3 instancias en las cuales pueden utilizarse diversas herramientas (escalas validadas) para la evaluación de los trastornos depresivos. Existen instrumentos de utilidad en la identificación; otros que son útiles para el diagnóstico; y finalmente aquellos que se emplean para el seguimiento durante tratamiento (7). En esta última instancia se puede evaluar la severidad sintomática y realizar el seguimiento de la respuesta terapéutica; conocer la intensidad depresiva, permite

elegir el tipo de tratamiento que se realizará, en cada caso particular (8).

A pesar de las sugerencias de las diversas guías de tratamiento para depresión de utilizar escalas con el objetivo de optimizar el proceso de evaluación de dichos trastornos (9-12), no parece ser esta la conducta habitual en la práctica clínica.

Varios estudios han examinado la utilización de escalas para la evaluación de los trastornos depresivos. De ellos se desprende el poco empleo de las mismas y también algunas razones ligadas a ello, como el descreimiento en su utilidad y la falta de tiempo (13, 14, 15).

Una encuesta llevada a cabo entre más de 240 profesionales de la salud mental en Argentina, reveló que solo 8.7% de los encuestados siempre utiliza escalas para evaluar a sus pacientes depresivos. Entre quienes no utilizaron escalas, la causa más frecuente fue la falta de tiempo (16).

La escala de Montgomery-Asberg (*Montgomery-Asberg depression rating scale* -MADRS-) (17) ha sido ampliamente utilizada, tanto en investigación como en práctica clínica y es considerada uno de los instrumentos más adecuados para evaluar intensidad depresiva, incluso más que la escala para depresión de Hamilton (18).

El cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado (QIDS-sr-16) alcanzó notoriedad lue-

Resumen

Introducción: Determinar la intensidad del trastorno depresivo puede marcar el rumbo de las decisiones terapéuticas. El objetivo del presente trabajo es establecer el grado de concordancia entre el cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado (QIDS-sr-16) con la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) para medir intensidad depresiva, en pacientes ambulatorios, en 2 centros urbanos de la República Argentina. **Método:** En un lapso de 18 meses, se reclutaron 67 pacientes, ambulatorios, provenientes de la práctica clínica habitual y asistidos en primera consulta, con trastorno depresivo mayor no psicótico, según criterios DSM-IV-TR. Se les administró el QIDS-sr-16 y MADRS. **Resultados:** La consistencia interna de la QIDS-sr-16 fue aceptable, siendo el alfa de Cronbach de 0.74. La validez de criterio se estimó por medio de la correlación entre ambas escalas y fue de 0.84 ($p<0.0001$); mientras que el estadístico de gamma para la comparación ordinal de las categorías fue de 0.95 mostrando una elevada concordancia. **Conclusión:** Los hallazgos del presente estudio demuestra la congruencia existente entre los cuestionarios investigados para determinar intensidad depresiva, en pacientes de nuestro medio. Permite además considerar la utilidad de la escala en diversos subtipos depresivos. El QIDS-sr-16 requiere menor tiempo de entrenamiento para su uso y menor tiempo para su administración. **Palabras clave:** Depresión - Cuestionario breve de sintomatología depresiva autoadministrado - QIDS-sr-16 - Concordancia de escalas - Población argentina.

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY SELF-REPORT IN THE CLINICAL PRACTICE OF DEPRESSIVE PATIENTS

Abstract

Introduction: To determine the intensity of depressive disorder is helpful to make treatment decisions. The purpose of this study is to establish the correlation between the Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR16) and Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), in order to measure the depression intensity in outpatients from two urban areas in Argentina. **Method:** Over an 18-month period, 67 outpatients from the current clinical practice were included in the study. They first presented with a diagnosis of nonpsychotic major depressive disorder, according to the DSM-IV-TR criteria. Both the QIDS-SR16 and MADRS were administered. **Results:** The internal consistency of the QIDS-SR16 was acceptable, with the Cronbach's alpha being 0.74. Criterion validity was estimated through the correlation between both scales and was 0.84 ($p<0.0001$), while gamma statistics for the ordinal comparison of categories was 0.95, thus showing a high correlation. **Conclusion:** The study findings show that the correlation between the two analyzed questionnaires allows determining depression intensity in patients from our setting. These findings further allow analyzing the usefulness of the scale for several depressive subtypes. As far as training and administration, the QIDS-SR16 is less time-consuming.

Key words: Depression - Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report - QIDS-SR16 - Correlation between scales - Argentine population

go de ser utilizado en un extenso estudio en pacientes con trastornos depresivos con diferentes niveles de refractariedad (STAR-D) (19, 20, 21). En aquel estudio se la utilizó como medida de evaluación secundaria para determinar respuesta/remisión terapéutica en dichos pacientes. A partir de allí, son muchos los trabajos que han empleado esta escala como medida primaria de evaluación (22, 23, 24).

El presente trabajo tiene como objetivo establecer el grado de concordancia entre el QIDS-sr-16 con la MADRS para medir intensidad depresiva en pacientes ambulatorios en dos centros urbanos de la República Argentina.

Si los hallazgos de este estudio permitieran demostrar la utilidad de una herramienta más parsimoniosa para la evaluación de la depresión en la práctica clínica cotidiana en nuestro medio, facilitaría determinar la intensidad depresiva, superando la principal dificultad de los profesionales, que es la falta de tiempo para la administración de una escala, como lo demuestran los estudios locales (16).

Métodos

Entre enero 2012 y julio 2013 se reclutaron un total de 67 sujetos de entre 22 y 84 años en las ciudades de Catamarca y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en la República Argentina.

Los pacientes fueron ambulatorios, provenientes de la práctica clínica habitual y asistidos en primera consulta al momento de ser evaluados. Procedieron de consultorios institucionales (CEMIC, Departamento de Psiquiatría) y particulares. Todos los pacientes del estudio fueron evaluados por investigadores del mismo; en la CABA, E.G. (psiquiatra) y K.C. (psicóloga), mientras que los sujetos reclutados en Catamarca por A.T. (psiquiatra).

Al momento de la evaluación padecían episodio depresivo mayor, no psicótico. El diagnóstico se realizó según criterios DSM-IV-TR (25) y fue confirmado por M.I.N.I. (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (26). En cada uno de los casos se registró la edad, el sexo, el nivel de educación, si poseía pareja, si trabajaba y la presencia de comorbilidades tales como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, endocrinológicas, neoplásicas, etc. A cada paciente, luego de realizado el diagnóstico y de la firma del Consentimiento Informado, se le administró el QIDS-sr-16 autoadministrado, y sin conocimiento de dicha puntuación, los investigadores mencionados aplicaron la MADRS. Ambas escalas se encuentran validadas al español (27, 28, 29).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC).

Escalas

Los Cuestionarios de síntomas depresivos (IDS) (30), tanto las versiones originales de 30 ítems como las breves de 16 (QIDS-16) (31), cuentan también con formatos autoadministrados (IDS-sr y QIDS-sr-16). Estos últimos requieren un mínimo entrenamiento para su utilización

y pueden ser también administradas e interpretadas fácilmente por médicos generalistas.

Todas las versiones evalúan los síntomas del criterio "A" del DSM para episodio depresivo mayor: tristeza, anhedonia, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, pérdida de energía, ideas o sentimientos de desvalorización o culpa, dificultad en la concentración y/o toma de decisiones, agitación o enlentecimiento psicomotriz e ideas de muerte. Estas escalas aportan además información clínica adicional sobre las características del episodio (melancolía, atipia, ansiedad, etc.). El período para evaluar los síntomas, es la semana previa a la presentación del paciente y la administración de la escala.

El QIDS-sr-16 evalúa los 9 síntomas del criterio A del DSM en sus 16 preguntas de la siguiente forma y en el siguiente orden: trastornos del sueño (4 ítems: Insomnio inicial, intermedio, final e hipersomnia); tristeza (1 ítem); apetito/peso (4 ítems: aumento y descenso de apetito, aumento y descenso de peso); concentración y toma de decisiones (1 ítem); sentimientos de desvalorización y culpa (1 ítem); ideas de muerte (1 ítem); anhedonia (1 ítem); energía (1 ítem); agitación y enlentecimiento psicomotriz (2 ítems).

Esta escala posee alta sensibilidad a los cambios ya sea en tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos o somáticos. Y se la ha utilizado tanto en investigación como en práctica clínica. Todas sus versiones poseen adecuadas propiedades psicométricas (32).

La MADRS de 10 ítems, evalúa la mayoría (pero no todos) de los criterios del DSM. Posee muy buenas propiedades psicométricas (33) y es ampliamente utilizada en ensayos clínicos. No obstante, el hecho de ser una escala administrada por el entrevistador, le otorga ciertas particularidades en cuanto al entrenamiento para su uso y a un mayor tiempo necesario para su administración.

Procedimientos estadísticos

Para el análisis descriptivo, las variables categóricas fueron expresadas mediante su frecuencia relativa porcentual y las continuas mediante su media y su desvío estándar (SD).

La validez interna se estudió mediante 3 enfoques. Primero se analizó la consistencia interna (el grado en el que los elementos de una escala miden el mismo constructo) de los 16 ítems del cuestionario breve de síntomas depresivos (QIDS-sr-16) utilizando el alfa de Cronbach (34). También se analizó la validez interna calculando la correlación de Pearson a 2 colas entre la puntuación total del QIDS-sr-16 y sus ítems. Por último se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax para investigar la estructura del QIDS-sr-16. La interpretación de un factor se llevó a cabo examinando las cargas factoriales de los ítems que incluye. Se tuvieron en cuenta las cargas cuyos ítems mostraron al menos un 15% de la varianza común con el factor (35).

La validez concurrente se estudió mediante el cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales de ambas escalas y el estadístico

de gamma para la comparación de las variables categóricas ordinales. El estadístico gamma proporciona valores entre -1 y 1. El grado más alto de asociación positiva entre dos variables se da cuando $g=1$. El grado más alto de asociación negativa se da cuando $g=-1$. Finalmente, $g=0$ se interpreta como ausencia de asociación.

El QIDS-sr-16 posee una puntuación que va de 0 a 27. Se considera un puntaje de 5 o menos como ausencia de patología. La escala permite dividir a los pacientes en 4 categorías de severidad depresiva: leve (6-10), moderado (11-15), severo (16-20) y extremo (≥ 21). Para el análisis estas 2 últimas categorías fueron incluidas en un mismo grupo, que se comparó con el grupo de "graves" de la MADRS.

El tamaño de la muestra según el criterio de factibilidad, (se necesitan entre 2 a 10 individuos por ítem evaluado), se calculó con un promedio de 3 personas por ítem. El muestreo fue de tipo no probabilístico (36).

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico Stata 11.0.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 67 sujetos, de ellos 50 fueron mujeres (74.6%) y 17 hombres (25.4%), siendo

la edad promedio de 49.6 años ($DE \pm 14.6$). Del total de los casos, 32 residían en CABA y 35 en Catamarca. De los participantes, 36 (53.7%) no poseía pareja y 15 (22.3%) se encontraban desocupados. Respecto del nivel educativo, 41 sujetos tenían estudios terciarios o universitarios. De todos ellos 36 (53.7%) presentaba alguna comorbilidad clínica.

En cuanto al diagnóstico de los diferentes subtipos depresivos, 39 casos fueron trastorno depresivo mayor unipolar, primer episodio; 20 casos trastorno depresivo mayor unipolar recurrente; y 8 trastorno depresivo mayor bipolar recurrente.

Para el total de la muestra, 13 casos fueron leves (19.40%), 12 casos moderados (17.91%), 26 casos severos (38.81%) y 16 casos muy severos (23.88%). La media de puntaje obtenido fue 16.29 ($DS \pm 5.20$) siendo el rango 7-27.

Se observaron diferencias significativas en los puntajes obtenidos entre hombres y mujeres ($p=0.034$). No se encontraron diferencias entre los sujetos menores de 59 y aquellos de 60 años o más, ni entre quienes estaban o no en pareja. Tampoco entre quienes padecían o no comorbilidades clínicas, ni entre los diferentes subtipos clínicos de depresión. La media del cuestionario, acorde a las categorías de severidad, mostró diferencias estadísticamente significativas: ($F=239.79$; $p<0.0001$) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características poblacionales y distribución del puntaje de la escala QIDS-sr-16.

	N	Media	SD		p
Sexo					
Femenino	50	17.08	4.80		
Masculino	17	14	5.80	$t=2.164$	0.034
Edad					
Menor a 60	50	16.34	5.20		
Mayor o igual a 60	17	16.17	5.37	$t=0.111$	0.912
Pareja					
Con	36	16.80	5.42		
Sin	31	15.70	4.96	$t=0.857$	0.394
Comorbilidad					
Sin	31	16.58	4.80		
Con	36	16.05	5.59	$t=0.408$	0.684
Residencia					
Capital	32	16.56	3.87		
Catamarca	35	16.05	6.23	$t=0.394$	0.694
Subtipo Depresivo					
Trastorno Depresivo Mayor 1º Episodio	39	15.69	4.68		
Trastorno Depresivo Recurrente	20	17.05	5.54		
Trastorno Depresivo Recurrente Bipolar	8	17.37	6.9	$F=40.64$	0.532
Empleo					
Estudiante	7	18.14	2.79		
Autónomo	16	16.87	6.10		
Empleado	29	16.48	5.38		
No	15	14.46	4.56	$F=0.99$	0.404

Más de 12 años de educación					
No	26	15.96	4.96		
SI	41	16.51	5.40	$t=-0.419$	0.676
Severidad depresiva					
Leve	13	8.07	0.95		
Moderado	12	13.66	1.15		
Severo	26	17.76	1.63		
Muy severo	16	22.5	1.86	$F=239.79$	<0.0001

Nota: $t=t$ test; $F=$ Anova

Para estimar la congruencia interna del cuestionario, se realizó la matriz de correlaciones entre los ítems que la componen, observándose que aquellas que mejor se correlacionaban con el total de la encuesta fueron: tristeza ($r=0.77$), autopercepción ($r=0.70$) y anhedonia ($r=0.606$).

La validez interna se llevó a cabo mediante el cálculo del índice de discriminación (ID) de cada ítem o correlación elemento-total corregida (*ítem remainder*). Considerando un ítem con un buen índice de discriminación a partir de +0.2. El ID fue bajo para los ítems: dormir durante la noche, aumento de apetito, disminución de peso, aumento de peso y sensación de inquietud.

La consistencia interna de la escala fue aceptable, siendo el alfa de Cronbach de 0.74.

La Tabla 2 muestra los resultados del análisis de factores con rotación varimax realizado sobre los 16

ítems del cuestionario. Fueron identificados 5 factores que representan el 65% de la varianza del *score* total. El primer factor incluye 4 ítems relacionados con la esfera afectiva (sensación de tristeza, autopercepción, interés general, sensación de estar lento) y representa el 17% de la varianza. El segundo factor incluye 4 ítems relacionados con el apetito/peso (disminución del apetito, aumento del apetito, disminución de peso, aumento de peso) y también representa el 17% de la varianza. El tercero posee 2 ítems relacionados con el área neurovegetativo/cognitiva (dormir demasiado, concentración/toma de decisiones) y representa el 12% de la varianza. El cuarto, 2 ítems asociados al insomnio inicial y la inquietud psicomotriz que representan el 10% de la varianza; y el último factor 1 ítem (despertarse durante la noche), que explica el 8% del total de la varianza.

Tabla 2. Análisis de factores con rotación varimax.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Uniqueness
Conciliar el sueño	0.1552	0.0415	0.1374	0.8056	0.1663	0.2787
Despertarse por la noche	0.0065	-0.0882	0.0186	0.1336	0.8096	0.3185
Despertarse demasiado temprano	0.2952	0.3337	0.2018	0.2611	0.3293	0.5842
Dormir demasiado	-0.0615	-0.2104	0.7488	-0.0651	0.0905	0.3788
Sensación de tristeza	0.6581	0.1911	0.4924	-0.0405	0.1350	0.2681
Disminución del apetito	0.0537	0.8121	0.3001	0.2500	0.0357	0.1838
Aumento del apetito	0.1031	-0.7861	0.1696	0.1494	0.2927	0.2347
Disminución de peso	0.1025	0.7400	0.1261	-0.0714	0.2677	0.3492
Aumento de peso	0.0067	-0.7600	0.2719	0.0599	0.0998	0.3349
Concentración/Toma de decisiones	0.2735	0.1596	0.7997	0.0651	-0.0494	0.2536
Autopercepción	0.7553	-0.1828	0.0428	0.0279	0.2515	0.3302
Pensamientos de muerte o suicidio	0.5309	0.0216	0.1290	0.2364	-0.0118	0.6450
Interés general	0.7310	0.0788	0.0730	0.0299	-0.3956	0.2966
Nivel de energía	0.5231	-0.1899	0.4001	0.1650	-0.3135	0.4047
Sensación de estar lento	0.6555	0.1241	-0.0076	-0.0427	0.0782	0.5599
Sensación de inquietud	-0.0948	-0.0440	-0.1176	0.8231	-0.0177	0.2974

El índice de Kaiser Meyer Olkin, que indica el grado de inter-correlación de las variables fue de 0.71 considerando factible el análisis (37).

Para determinar la validez de criterio se estimó la corre-

lación existente entre ambas escalas, la MADRS y el QIDS-sr-16, que fue de 0.84 ($p < 0.0001$); mientras que el estadístico de gamma para la comparación ordinal de las categorías fue de 0.95 indicando una elevada concordancia.

Tabla 3. Concordancia entre las escalas.

		MADRS			
		Leve	Moderado	Severo	Total
QIDS-sr-16	Leve	11	2		13
	Moderado		11	1	12
	Severo		8	34	42
	Total	11	21	35	67

Nota: gamma=0.9476, ASE=0.041, Z=23.09, $p < 0.0001$; MADRS: Escala de Depresión de Montgomery-Asberg; QIDS-sr-16: Cuestionario Breve de Sintomatología Depresiva-autodministrado-16.

Al comparar en una matriz de correlaciones los ítems de ambas escalas, se observaron asociaciones entre las mismas. Conciliación del sueño se correlacionó con reducción del sueño ($r=0.60$); tristeza con tristeza observada ($r=0.68$) y tristeza declarada ($r=0.76$); disminución del apetito y disminución de peso ($r=0.64$) con apetito reducido ($r=0.76$); autopercepción con pensamiento depresivo ($r=0.67$) y pensamiento de muerte con pensamiento suicida ($r=0.79$) en QIDS-sr-16 y MADRS respectivamente.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio demuestran la congruencia existente entre los cuestionarios investigados para determinar intensidad depresiva. La validez de criterio, medida a través de la correlación entre ambas escalas, fue de 0.84 ($p < 0.0001$); Estos resultados son coincidentes con trabajos desarrollados en otros países, con similares instrumentos (38, 39).

Esto permitiría inferir que el QIDS-sr-16, es una herramienta tan propicia como la MADRS para determinar intensidad depresiva, en pacientes de nuestro medio, otorgando ventajas en cuanto al menor tiempo para su administración y menor tiempo de entrenamiento del operador.

Los resultados también permiten argumentar que no habría diferencias entre pacientes con primeros episodios o depresión recurrente, como tampoco en pacientes que cursan fases depresivas de un trastorno bipolar, en cuanto a la capacidad de ambas escalas para discriminar entre diferentes grados depresivos. Esto permitiría considerar la utilidad del cuestionario en diversos subtipos depresivos.

Es nuestra opinión y la de otros autores que la medición de los síntomas depresivos en la práctica clínica puede facilitar las decisiones y optimizar los resultados terapéuticos. Así lo demostró un estudio multicéntrico que utilizó la escala de salud de pacientes (PHQ-9) en un grupo de 19 unidades clínicas, donde luego de un año de su inclusión, 17 de esas unidades adoptaron dicho instrumento (40).

Una de las limitaciones de este estudio fue que no se realizó un muestreo probabilístico, debido a la dificultad para determinar el número de sujetos que asistiría a las consultas por primera vez, y poder distribuirlos aleatoriamente. Además, la mayoría de las personas eran mujeres y del total de los sujetos la mayor parte tenía un grado de instrucción superior, lo cual generó una distribución asimétrica.

Utilizar instrumentos para evaluar a los pacientes depresivos podría otorgar beneficios. De ellos, determinar la conducta terapéutica en relación a la intensidad depresiva y evaluar la respuesta al tratamiento implementado, resultan los más importantes. Además, proponer un tratamiento específico para cada paciente optimizará los recursos disponibles (8).

Si bien serán necesarios más estudios para arribar a conclusiones definitivas, la búsqueda de instrumentos que puedan ser utilizables tanto por los médicos generalistas como por los psiquiatras, intenta facilitar y promover el uso de la medición sistemática en la práctica clínica psicopatológica.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses ■

Apéndice

CUESTIONARIO BREVE DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (16 ÍTEMS) -AUTOEVALUACIÓN- (QIDS-SR16).

Marque con una X el casillero con la respuesta a cada ítem que mejor lo/la describe durante los últimos 7 días.

1. Conciliar el sueño:

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

2. Al dormir durante la noche:

- ☐ No me desperté durante la noche.
- ☐ Tuve el sueño liviano e intranquilo, con breves despertares.
- ☐ Me desperté al menos una vez cada noche, pero volví a dormirme.
- ☐ 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:

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

4. Dormir demasiado:

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

Durante los últimos 7 días...

5. Sensación de tristeza:

- ☐ No me sentí triste.
- ☐ Me sentí triste menos de la mitad de las veces.
- ☐ Me sentí triste más de la mitad de las veces.
- ☐ Me sentí triste casi todo el tiempo.

Durante los últimos 7 días...

Por favor, complete 6 o 7, uno u otro (no ambos)

6. Disminución del apetito:

- ☐ Mi apetito no disminuyó.
- ☐ Comí con considerable menor frecuencia o menor cantidad de comida de lo habitual.
- ☐ Comí mucho menos de lo habitual y sólo haciendo un esfuerzo.
- ☐ Casi no comí dentro de un período de 24 horas, y sólo haciendo un tremendo esfuerzo o cuando los demás me convencieron de comer.

- ó -

7. Aumento del apetito:

- ☐ Mi apetito no aumentó.
- ☐ Sentí la necesidad de comer con más frecuencia de lo habitual.
- ☐ A menudo comí con más frecuencia y/o más cantidad de comida de lo habitual.
- ☐ Me sentí impulsado/a a comer de más, tanto en las comidas como entre las comidas.

Por favor, complete 8 o 9, uno u otro (no ambos)

8. Pérdida de peso (dentro de los últimos 14 días):

- ☐ No he perdido peso.
- ☐ Siento que tuve una leve pérdida de peso.
- ☐ He perdido 1 kg o más.
- ☐ He perdido más de 2 kg.

- ó -

9. Aumento de peso (dentro de los últimos 14 días):

- ☐ No he aumentado de peso.
- ☐ Siento que tuve un leve aumento de peso.
- ☐ He aumentado 1 kg o más.
- ☐ He aumentado más de 2 kg.

Durante los últimos 7 días...

10. Concentración/Toma de decisiones:

- ☐ No hubo cambio en mi capacidad habitual para concentrarme o tomar decisiones.
- ☐ A veces me sentí indeciso/a o me di cuenta de que me distraía.

- ☐ La mayor parte del tiempo tuve que esforzarme para mantener la atención o para tomar decisiones.
- ☐ No me pude concentrar suficientemente bien para leer, ni tampoco pude tomar decisiones sin importancia.

Durante los últimos 7 días...

11. Percepción de mí mismo/a:

- ☐ Me consideré que valgo tanto y que tengo los mismos derechos que las demás personas.
- ☐ Me sentí más culpable de lo habitual.
- ☐ En gran medida, creí que le causé problemas a otras personas.
- ☐ Pensé casi constantemente en mis defectos, tanto en los importantes como en los triviales.

Durante los últimos 7 días...

12. Pensamientos de muerte o suicidio:

- ☐ No pensé en el suicidio o la muerte.
- ☐ Sentí que mi vida estaba vacía o me pregunté si valía la pena vivir.
- ☐ Pensé en el suicidio o la muerte varias veces en la semana durante varios minutos.
- ☐ 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.

Durante los últimos 7 días...

13. Interés general:

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

Durante los últimos 7 días...

14. Nivel de energía:

- ☐ No hubo cambio en mi nivel de energía habitual.
- ☐ Me cansé más fácilmente de lo habitual.
- ☐ 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).
- ☐ Realmente, no pude realizar la mayoría de mis actividades diarias habituales porque simplemente no tuve energía.

Durante los últimos 7 días...

15. Sensación de estar más lento/a:

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

Durante los últimos 7 días...

16. Sensación de inquietud:

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

PUNTUACIÓN DEL QIDS-SR16

Anotar el puntaje más alto de 1 de los 4 ítems de sueño **(1-4)**

Ítem **5**

Anotar el puntaje más alto de 1 ítem de apetito/peso **(6-9)**

Ítem **10**

Ítem **11**

Ítem **12**

Ítem **13**

Ítem **14**

Anotar el puntaje más alto de los 2 ítems psicomotores **(15-16)**

Puntaje total (Rango: 0 - 27):

Criterios de puntuación:

- 0-5 Normal
- 6-10 Leve
- 11-15 Moderado
- 16-20 Severo
- ≥ 21 Extremo

Referencias bibliográficas

- World Health Organization. Global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO Library; 2004.
- Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona: Wolters Kluwer; 2009. p. 528.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609-19.
- Gabarrón-Hortal E, Vidal-Royo JM, Haro-Abad JM, Boix-Soriano I, Jover-Blanca A, Arena-Prat M. Prevalence and detection of depressive disorders in primary care. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 329-36.
- Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 15): 8-11.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication. *JAMA* 2003; 289: 3095-105.
- Gelenberg AJ. Using assessment tools to screen for, diagnose, and treat major depressive disorder in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (suppl E1): e01.
- Trangle M. Health care guideline: major depression in adults in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2011.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision 3rd Edition). Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA); 2010.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, The British Psychological Society, The Royal College of Psychiatrists. The treatment and management of depression in adults. Great Britain: Stanley L. Hunt; 2010.
- Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). *World J Biol Psychiatry* 2007; 8 (2): 67-104.
- Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Introduction. *J Affect Disord* 2009; 117 (suppl 1): S1-S2.
- Gilbody, Simon M. House AO, Sheldon TA. Psychiatrists in the UK do not use outcomes measures: national survey. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 101-3.
- Zimmerman M, McGlinchey JB. Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1916-9.
- Lee EJ, Kim JB, Shin IH, Lim KH, Lee SH, Cho GA, et al. Current use of depression rating scales in mental health setting. *Psychiatry Investig* 2010; 7: 170-6.
- Guzzo E, Pahissa J, Taragano F, Corral R. Use of scales in depression patients in clinical practice in Argentina. In: XVI World Congress of Psychiatry. Madrid, Spain; 14 al 18 de Septiembre 2014. Available from: <http://www.wpa-madrid2014.com/scientific-information/abstracts-e-book/Password: 2014WPA>.
- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-9.
- Uher R, Farmer A, Maier W, Rietschel M, Hauser J, Marusic A, et al. Measuring depression: comparison and integration of three scales in the GENDEP study. *Psychol Med* 2008 Feb; 38 (2): 289-300.
- Rush JA. Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med* 2006; 354: 1231-42.
- Rush JA. STAR*D: What have we learned? *Am J Psychiatry* February 2007; 164: 2.
- Huynh NN, McIntyre RS. What are the implications of the STAR-D trial for primary care? A review and synthesis. *J Clin Psychiatry* 2008; 10: 91-6.
- Lamoureux BE, Linardatos E, Fresco DM, Bartko D, Logue E, Milo L. Using the QIDS-SR16 to identify major depressive disorder in primary care medical patients. *Behav Ther* 2010 Sep; 41 (3): 423-31.
- Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ. Validation of depression screening scales in patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009; 54: 433-9.
- Sakurai H, Uchida H, Abe T, Nakajima S, Suzuki T, Pollock BG, et al. Trajectories of individual symptoms in remitters versus non-remitters with depression. *J Affect Disord* 2013; 151: 506-13.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
- Instituto IAP. M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0 DSM-IV. Madrid: Sheehan DV & Lecrubier Y; 1998.
- Mapi Group. QIDS-SR - Argentina/Spanish - Final version - 13 Jul 07 [Internet]. Barcelona: Mapi Research Institute; 2007. Available from: <http://www.ids-qids.org/translations/spanish/qids-srspanish-argentina.pdf>.
- Martínez-Gallardo R, Bourgeois M, Peyre F, Lobo A. Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery-Asberg. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1991; 11: 9-14.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (13): 493-9.
- Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996; 26 (3): 477-86.
- Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry* 2003; 54 (5): 573-83.
- Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM, Carmody TJ, Biggs MM, Suppes T, et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychol Med* 2004; 34 (1): 73-82.
- Khan A, Khan SR, Shankles EB, Polissar NL. Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression Rating Scale, and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17 (6): 281-5.
- Streiner D, Geoffrey N. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Third Edition. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 62-77; 104-124; 173-193.
- Stevens J. Applied multivariate statistics for the social sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1992.
- Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier; 2004. p. 184-206.
- Bisquerra R. Métodos de investigación educativa. Guía práctica. Barcelona: CEAC; 1989.
- Tondo L, Burrai C, Scamonnati L, Weissenburger J, Rush JA. Comparison between clinician-rated and self-reported depressive symptoms in Italian psychiatric patients. *Neuropsychobiology* 1988; 19: 1-5.
- Corruble E, Legrand JM, Duret C, Charles G, Guelf J. IDS-C and IDS-sr: psychometric properties in depressed in-patients. *J Affect Disord* 1999; 56 (2-3): 95-101.
- Duffy FF, Chung H, Trivedi M, Rae DS, Regier DA, Katzelnick DJ. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008; 59 (10): 1148-54.