

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

(GDS) Brink et al. (1982), Yesavage et al. (1983)

Nombre:

Varón [] Mujer []

Fecha:

F. nacimiento:

Edad:

Estudios/Profesión:

N. H^a:

Observaciones:

1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente Ud. frecuentemente aburrido?	SÍ	no
5. ¿Tiene Ud. mucha fe en el futuro?	sí	NO
6. ¿Tiene pensamientos que le molestan?	SÍ	no
7. ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	sí	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SÍ	no
9. ¿Se siente Ud. feliz la mayoría del tiempo?	sí	NO
10. ¿Se siente Ud. a menudo impotente?	SÍ	no
11. ¿Se siente a menudo intranquilo?	SÍ	no
12. ¿Prefiere quedarse en su cuarto en vez de salir?	SÍ	no
13. ¿Se preocupa Ud. a menudo sobre el futuro?	SÍ	no
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SÍ	no
15. ¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	sí	NO
16. ¿Se siente Ud. a menudo triste?	SÍ	no
17. ¿Se siente Ud. inútil?	SÍ	no
18. ¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SÍ	no
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	sí	NO
20. ¿Es difícil para Ud. empezar nuevos proyectos?	SÍ	no
21. ¿Se siente lleno de alegría?	sí	NO
22. ¿Se siente Ud. sin esperanza?	SÍ	no
23. ¿Cree que los demás tienen más suerte que Ud.?	SÍ	no
24. ¿Se pone Ud. muy nervioso por pequeñas cosas?	SÍ	no
25. ¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ	no
26. ¿Es difícil para Ud. concentrarse?	SÍ	no
27. ¿Está contento de levantarse por la mañana?	sí	NO
28. ¿Prefiere evitar grupos de gente?	SÍ	no
29. ¿Es fácil para Ud. tomar decisiones?	sí	NO
30. ¿Está su mente tan clara como antes?	sí	NO
Sumar 1 punto por cada respuesta indicada en negrita y mayúscula No depresión 10 o menos Límite depresión/ depresión: 11 o más (Sensibilidad: 84%; Especificidad: 95%)	Puntuación Total	