

LISTADO DE SIGNOS OBSERVABLES DE DEPRESIÓN

Gedye, 1998

NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO
EVALUADOR

ETIOLOGIA
FECHA DEL REGISTRO
INFORMANTES

Este listado puede servirle para recoger información que le ayudará a identificar si se cumplen los criterios clínicos para la depresión (DSM-IV), en personas que son incapaces de manifestar sus propios sentimientos.

CARACTERÍSTICAS QUE SUGIEREN DEPRESIÓN

- ☐ Tristeza, llora con facilidad, parece infeliz la mayor parte del tiempo, llora cuando se habla o ve fotografías de seres queridos ya desaparecidos.
- ☐ Humor deprimido o irritable, expresión apática, disminución de las respuestas emocionales, o entra en cólera con facilidad, o empeora su estado de irritabilidad.
- ☐ Pérdida de interés hacia actividades predilectas, empieza a rechazar actividades sociales o laborales.
- ☐ Habla menos, la mayor parte del tiempo está callado; menos interés hacia los demás; aislamiento social.
- ☐ Alteración del apetito, empieza a comer de forma excesiva; empieza a robar comida; inicia o aumenta conducta de pica; empieza a rechazar las comidas; se resiste a entrar en el comedor; pérdida o aumento de sueño.
- ☐ Trastorno del sueño, duerme excesivamente; inicia o aumenta dificultades para permanecer dormido.
- ☐ Disminución de la energía, actitud letárgica y cansada la mayor parte del tiempo.
- ☐ Pérdida de interés en el cuidado personal; puede iniciar incontinencia, empeora la higiene; progresivamente requiere más cuidados por parte de los otros.
- ☐ Enlentecimiento psicomotor, tiempo de reacción más lento, tarda más en comprender y responder.
- ☐ Dificultad para concentrarse comparado con épocas pasadas; lapsus de memoria.
- ☐ Habla de la muerte, de funerales o de alguien que ha muerto. Raramente de suicidio.

POSIBLES FACTORES O ESTRESORES PRECIPITANTES

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de un cuidador querido | <input type="checkbox"/> Pérdida de un familiar cercano |
| <input type="checkbox"/> Disminución marcada del contacto con la familia | <input type="checkbox"/> Pérdida de amigos o compañeros de vivienda |
| <input type="checkbox"/> Cambio a un nuevo lugar de residencia | <input type="checkbox"/> Poca aceptación por parte de compañeros |
| <input type="checkbox"/> Afectación de la visión | <input type="checkbox"/> Enfermedad grave o afectación del estado de salud |
| <input type="checkbox"/> Inicio de ceguera | <input type="checkbox"/> Afectación de la audición que afecte a la vida diaria |
| <input type="checkbox"/> Visitar gente o lugares asociados con traumas anteriores | |
| <input type="checkbox"/> Visitar o contactar con personas que han abusado de él/ella | |
| <input type="checkbox"/> Aparición de un grave problema (pérdida de situación laboral, enfermedad de un familiar, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Otros cambios o eventos: _____ | |