

Depression Scale for Children
(CES-DC)

Nombre: _____ Edad _____ Fecha: _____

Instrucciones:

La siguiente es una lista de maneras de cómo te estás sintiendo o actuando. Revisa cuánto te has sentido de esta manera en la semana pasada.

Durante la semana pasada	No del todo 0	Un poco 1	Algo 2	Mucho 3
1. Me sentía incómodo por las cosas que usualmente no me son molestas.				
2. No tenía ganas de comer. No tenía hambre.				
3. No era capaz de sentirme feliz, incluso aunque mi familia y mis amigos no me ayudaron a sentirme mejor.				
4. Sentía que era apenas tan bueno como los otros niños.	3	2	1	0
5. Sentía que no podía poner atención a lo que hacía.				
6. Me sentía decaído e infeliz.				
7. Sentía como que estaba demasiado cansado.				
8. Sentía como que algo bueno iba a suceder.	3	2	1	0
9. Sentía que las cosas que antes hice ahora no las resolvía bien.				
10. Me sentía asustado.				
11. No dormía tan bien como generalmente duermo.				
12. Estaba feliz.	3	2	1	0
13. Era más reservado de lo normal.				
14. Me sentía solo, como si no tuviera ningún amigo.				
15. Sentía que los niños que conozco no querían ser mis amigos ni estar conmigo.				
16. Pasaba buenos ratos.	3	2	1	0
17. Sentía ganas de gritar.				
18. Me sentía triste.				
19. Sentía que no le gustaba a la gente.				
20. Me costaba trabajo comenzar a hacer las cosas.				
Σ por columna				
Puntaje Total				

INTERPRETACIÓN

≤14 puntos: No existen indicadores de niveles significativos de síntomas depresivos.

≥15 puntos: Indicador de niveles significativos de síntomas depresivos.