

## **GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15, YES/NO)**

Nombre..... Fecha.....  
Dirección..... Sexo..... Edad.....  
Escolaridad..... Examinador.....

A continuación hay una serie de preguntas encierre "SI" o "NO" a cada una de ellas, dependiendo si la frase refleja cómo se sintió usted la semana pasada, incluyendo el día de hoy.

- 1.-¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? .....SI / NO
- 2.-¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? .....SI / NO
- 3.-¿Siente usted que su vida está vacía ? ..... SI / NO
- 4.-¿Se aburre usted a menudo ?..... SI / NO
- 5.-¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo ?..... SI / NO
- 6.-¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar ?..... SI / NO
- 7.-¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo ?..... SI / NO
- 8.-¿Se siente usted a menudo indefenso(a) ?..... SI / NO
- 9.-¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?... SI / NO
- 10.-Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?..... SI / NO
- 11.-¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento ?..... SI / NO
- 12.-De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?..... SI / NO
- 13.-¿Se siente usted con mucha energía?..... SI / NO
- 14.-¿ Siente usted que su situación es irremediable ?..... SI / NO
- 15.-¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?..... SI / NO