

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS-15, YESAVAGE)

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