

The D-Arkansas[®] Scale*

(La Escala D-Arkansas)

Fecha:

Nombre:

No. de Expediente Médico:

Instrucciones: En las siguientes 11 preguntas se busca obtener información sobre cómo se ha sentido usted en las últimas 4 (cuatro) semanas. Por favor conteste todas las preguntas marcando la casilla más apropiada. Si no está seguro(a) sobre cómo contestar una pregunta, por favor responda lo mejor que usted pueda.

1. **En las últimas 4 semanas, ¿qué tan frecuentemente se ha sentido deprimido(a), triste, o bajo(a) de ánimo durante la mayor parte del día?**
 - ₀ Ni un solo día
 - ₁ 1 a 3 días a la semana
 - ₂ La mayor parte de los días de la semana
 - ₃ Casi todos los días durante por lo menos 2 semanas

2. **En las últimas 4 semanas, ¿qué tan frecuentemente tuvo usted días en los que sintió poco o ningún placer en la mayor parte de sus actividades?**
 - ₀ Ni un solo día
 - ₁ 1 a 3 días a la semana
 - ₂ La mayor parte de los días de la semana
 - ₃ Casi todos los días durante por lo menos 2 semanas

3. **En las últimas 4 semanas, ¿qué tan frecuentemente su apetito ha sido menor de lo acostumbrado o mayor de lo acostumbrado?**
 - ₀ Ni un solo día
 - ₁ 1 a 3 días a la semana
 - ₂ La mayor parte de los días de la semana
 - ₃ Casi todos los días durante por lo menos 2 semanas

4. **En las últimas 4 semanas, ¿ha aumentado o bajado de peso sin intentarlo?**
 - ₀ No
 - ₁ Sí, un poco de peso
 - ₂ Sí, algo de peso
 - ₃ Sí, mucho peso

5. **En las últimas 4 semanas, ¿qué tan frecuentemente ha tenido dificultades para dormir o ha estado durmiendo demasiado?**
 - ₀ Ni un solo día
 - ₁ 1 a 3 días a la semana
 - ₂ La mayor parte de los días de la semana
 - ₃ Casi todos los días durante por lo menos 2 semanas

6. **En las últimas 4 semanas**, ¿su actividad física ha disminuido o ha aumentado tanto que las personas que lo conocen a usted se pueden dar cuenta de ello?
- 0 No
 - 1 Sí, se ha reducido o aumentado un poco
 - 2 Sí, se ha reducido o ha aumentado algo
 - 3 Sí, se ha reducido o ha aumentado mucho
7. **En las últimas 4 semanas**, ¿se ha sentido frecuentemente más cansado(a) o con menos energía que lo acostumbrado?
- 0 No
 - 1 Sí, un poco cansado(a)
 - 2 Sí, algo cansado(a)
 - 3 Sí, muy cansado(a)
8. **En las últimas 4 semanas**, ¿qué tan frecuentemente se ha sentido sin valía personal o se ha preocupado por sentimientos de culpabilidad?
- 0 Ni un solo día
 - 1 1 a 3 días a la semana
 - 2 La mayor parte de los días de la semana
 - 3 Casi todos los días durante por lo menos 2 semanas
9. **En las últimas 4 semanas**, ¿frecuentemente ha usted tenido dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones?
- 0 No
 - 1 Sí, he tenido un poco de dificultad para pensar
 - 2 Sí, he tenido algo de dificultad para pensar
 - 3 Sí, he tenido mucha dificultad para pensar
10. ¿Qué tan frecuentemente ha pensado en la muerte o en el suicidio **en las últimas 4 semanas**?
- 0 Ni un solo día
 - 1 1 a 3 días a la semana
 - 2 La mayor parte de los días de la semana
 - 3 Casi todos los días durante por lo menos 2 semanas
11. **En las últimas 4 semanas**, ¿ha pensado mucho en una manera específica para suicidarse?
- 0 No
 - 3 Sí

Total Severity Score

D-ARK Scoring Criteria	
Scores	Severity Rating
0-8	Minimal
9-12	Mild
13-18	Moderate
19 or higher	Severe