

Identificación **Fecha**

1/5

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.

*Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias por su colaboración.*

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mejor que lo habitual | <input type="radio"/> Peor que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual |

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

Identificación **Fecha**

2/5

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

Identificación **Fecha**

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Más activo que lo habitual | <input type="radio"/> Bastante menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Menos tiempo que lo habitual | <input type="radio"/> Más tiempo que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más tiempo que lo habitual |

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mejor que lo habitual | <input type="radio"/> Peor que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho peor que lo habitual |

4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Mas satisfecho que lo habitual | <input type="radio"/> Menos satisfecho que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual |

5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- | | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Más útil que lo habitual | <input type="radio"/> Menos útil que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual de útil que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos útil que lo habitual |

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Más que lo habitual | <input type="radio"/> Menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Más que lo habitual | <input type="radio"/> Menos que lo habitual |
| <input type="radio"/> Igual que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho menos que lo habitual |

Identificación **Fecha**

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Claramente, no | <input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente |
| <input type="radio"/> Me parece que no | <input type="radio"/> Claramente, lo he pensado |

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> No, en absoluto | <input type="radio"/> Bastante más que lo habitual |
| <input type="radio"/> No más que lo habitual | <input type="radio"/> Mucho más que lo habitual |

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Claramente, no | <input type="radio"/> Se me ha cruzado por la mente |
| <input type="radio"/> Me parece que no | <input type="radio"/> Claramente, lo he pensado |

Identificación **Fecha**

<i>PUNTUACIÓN</i>	<i>GHQ</i>	<i>CGHQ</i>
<i>PUNTUACIÓN TOTAL</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Síntomas somáticos:</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Ansiedad-insomnio:</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Disfunción social:</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Depresión:</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>