

Identificación **Fecha**

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

	<u>SI</u>	<u>NO</u>
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANSIEDAD:

DEPRESIÓN: