

Identificación **Fecha**

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

	SI	NO
1.- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Está deprimido/a ahora?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- ¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIÓN: