



CORE - GP

Uso profesional

Código

Edad

Mujer

Hombre

Fecha

A A A A M M D D

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.

A continuación encontrará 14 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así durante los últimos siete días.

Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...

Nunca Muy pocas veces Algunas veces Muchas veces Siempre o casi siempre

- | | | | | | | |
|----|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 | Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 2 | He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 3 | Me he sentido bien conmigo misma | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 4 | Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 5 | He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 6 | Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 7 | He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 8 | He sentido afecto o cariño por alguien | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 9 | He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 10 | Me he sentido criticada por los demás | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 11 | Me he sentido infeliz | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 12 | Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| 13 | Me he sentido optimista sobre mi futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| 14 | He conseguido las cosas que quería | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total:

Puntuaciones medias:

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado. No puntuar si se ha dejado sin responder más de un ítem.)