

## TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

|                    |
|--------------------|
| N= Nunca           |
| A= Algunas veces   |
| B= Bastantes veces |
| C= Casi siempre    |
| S= Siempre         |

|  | TEST DE HAMILTON – ESCALA 1  | N | A | B | C | S |
|--|--|---|---|---|---|---|
|  | 1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad  |   |   |   |   |   |
|  | 2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo   |   |   |   |   |   |
|  | 3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.   |   |   |   |   |   |
|  | 4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.  |   |   |   |   |   |
|  | 5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.  |   |   |   |   |   |
|  | 6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.  |   |   |   |   |   |
|  | 7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia. |   |   |   |   |   |
|  | 8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.  |   |   |   |   |   |
|  | 9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.   |   |   |   |   |   |
|  | 10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.  |   |   |   |   |   |
|  | 11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.   |   |   |   |   |   |
|  | 12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.   |   |   |   |   |   |
|  | 13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.   |   |   |   |   |   |
|  | 14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.  |   |   |   |   |   |
|  | 15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.  |   |   |   |   |   |
|  | 16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.  |   |   |   |   |   |
|  | 17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.   |   |   |   |   |   |
|  | 18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.  |   |   |   |   |   |
|  | 19. No se lo que pasa, me siento confundido.   |   |   |   |   |   |
|  | 20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)  |   |   |   |   |   |
|  | 21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.  |   |   |   |   |   |

TOTAL :

## TEST DE HAMILTON – ESCALA 3

### PACIENTE:

### FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

|                   |
|-------------------|
| R = Raramente     |
| A = Algunas veces |
| M = Muchas veces  |
| S = Siempre       |

|     | TEST DE HAMILTON – ESCALA 3   | R | A | M | S |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1.  | Me siento más nervioso y ansioso de lo normal                             |   |   |   |   |
| 2.  | Siento miedo sin ver razón para ello                                      |   |   |   |   |
| 3.  | Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor                    |   |   |   |   |
| 4.  | Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar                     |   |   |   |   |
| 5.  | Siento que todo va bien y nada malo puede suceder                         |   |   |   |   |
| 6.  | Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan               |   |   |   |   |
| 7.  | Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda             |   |   |   |   |
| 8.  | Me siento débil y me canso con facilidad                                  |   |   |   |   |
| 9.  | Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente                 |   |   |   |   |
| 10. | Siento que mi corazón late con rapidez                                    |   |   |   |   |
| 11. | Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento                     |   |   |   |   |
| 12. | Tengo periodos de desmayo o algo así                                      |   |   |   |   |
| 13. | Puedo respirar bien con facilidad   |   |   |   |   |
| 14. | Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies |   |   |   |   |
| 15. | Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones               |   |   |   |   |
| 16. | Tengo que orinar con mucha frecuencia                                     |   |   |   |   |
| 17. | Mis manos las siento secas y cálidas                                      |   |   |   |   |
| 18. | Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo                              |   |   |   |   |
| 19. | Puedo dormir con facilidad y descansar bien                               |   |   |   |   |
| 20. | Tengo pesadillas  |   |   |   |   |

TOTAL:

## TEST DE HAMILTON – ESCALA 2 -

**PACIENTE:**

**FECHA:**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

|   |  |  |
|---|--|--|
| Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos                            |  |  |
| No me encuentro triste  |  |  |
| Me siento algo triste y deprimido   |  |  |
| Ya no puedo soportar ésta pena  |  |  |
| Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar                |  |  |
| Me siento desanimado cuando pienso en el futuro                             |  |  |
| Creo que nunca me recuperaré de mis penas                                   |  |  |
| No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal     |  |  |
| No espero nada bueno de la vida   |  |  |
| No espero nada, esto no tiene remedio                                       |  |  |
| He fracasado totalmente como persona(padre, madre, hijo, profesional, etc.) |  |  |
| He tenido más fracasos que la mayoría de la gente                           |  |  |
| Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena                          |  |  |
| No me considero fracasado   |  |  |
| Veó mi vida llena de fracasos   |  |  |
| Ya nada me llena  |  |  |
| Me encuentro insatisfecho conmigo mismo                                     |  |  |
| Ya no me divierte lo que antes me divertía                                  |  |  |
| No estoy especialmente satisfecho   |  |  |
| Estoy harto de todo   |  |  |
| A veces me siento despreciable y mala persona                               |  |  |
| Me siento bastante culpable   |  |  |
| Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona          |  |  |
| Me siento muy infame(perverso, canalla) y despreciable                      |  |  |
| No me siento culpable   |  |  |
| Presiento que algo malo puede sucederme                                     |  |  |
| Siento que merezco ser castigado  |  |  |
| No pienso que esté siendo castigado   |  |  |
| Siendo que me están castigando o me castigarán                              |  |  |
| Quiero que me castiguen   |  |  |
| Estoy descontento conmigo mismo   |  |  |
| No me aprecio   |  |  |
| Me odio(me desprecio)   |  |  |
| Estoy asqueado de mí  |  |  |
| Estoy satisfecho de mí mismo  |  |  |
| No creo ser pero que otros  |  |  |
| Me acuso a mí mismo   |  |  |
| Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme                      |  |  |
| Siento que tengo muchos y muy graves defectos                               |  |  |
| Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores                       |  |  |
| Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo               |  |  |
| Siento que estaría mejor muerto   |  |  |
| Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera                        |  |  |
| Tengo planes decididos de suicidarme  |  |  |
| Me mataría si pudiera   |  |  |
| No tengo pensamientos de hacerme daño                                       |  |  |
| No lloro más de lo habitual   |  |  |
| Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo                       |  |  |
| Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo                                |  |  |
| Ahora lloro más de lo normal  |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | No estoy más irritable que normalmente   |  |
|  | Me irrito con más facilidad que antes  |  |
|  | Me siento irritado todo el tiempo  |  |
|  | Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba  |  |
|  | He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto                         |  |
|  | Me intereso por la gente menos que antes   |  |
|  | No he perdido mi interés por los demás   |  |
|  | He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos            |  |
|  | Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones                            |  |
|  | Tomo mis decisiones como antes   |  |
|  | Ya no puedo tomar decisiones en absoluto   |  |
|  | Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda   |  |
|  | Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado   |  |
|  | Me siento feo y repulsivo  |  |
|  | No me siento con peor aspecto que antes  |  |
|  | Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(o menos atractivo) |  |
|  | Puedo trabajar tan bien como antes   |  |
|  | Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa   |  |
|  | No puedo trabajar en nada  |  |
|  | Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo   |  |
|  | No trabajo tan bien como lo hacía antes  |  |
|  | Duermo tan bien como antes   |  |
|  | Me despierto más cansado por la mañana   |  |
|  | Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir             |  |
|  | Tardo una o dos horas en dormirme por la noche   |  |
|  | Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme                        |  |
|  | Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas                              |  |
|  | No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas  |  |
|  | Me canso más fácilmente que antes  |  |
|  | Cualquier cosa que hago me fatiga  |  |
|  | No me canso más de lo normal   |  |
|  | Me canso tanto que no puedo hacer nada   |  |
|  | He perdido totalmente el apetito   |  |
|  | Mi apetito no es tan bueno como antes  |  |
|  | Mi apetito es ahora mucho menor  |  |
|  | Tengo el mismo apetito de siempre  |  |
|  | No he perdido peso últimamente   |  |
|  | He perdido más de 2 kg. y medio  |  |
|  | He perdido más de 5 kg.  |  |
|  | He perdido más de 7 kg. y medio  |  |
|  | Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas                        |  |
|  | Estoy preocupado por dolores y trastornos  |  |
|  | No me preocupa mi salud más de lo normal   |  |
|  | Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro                        |  |
|  | Estoy menos interesado en el sexo que antes  |  |
|  | He perdido todo mi interés por el sexo   |  |
|  | Apenas me siento atraído sexualmente   |  |
|  | No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo   |  |

TOTAL :

## TEST DE HAMILTON – ESCALA 1 -

**PUNTUACIONES: ¿ / 84 – DEPRESIÓN -**

**PACIENTE:**

**FECHA:**

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

|                    |
|--------------------|
| N= Nunca           |
| A= Algunas veces   |
| B= Bastantes veces |
| C= Casi siempre    |
| S= Siempre         |

| <b>TEST DE HAMILTON</b> |  | <b>N</b> | <b>A</b> | <b>B</b> | <b>C</b> | <b>S</b> |
|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|----------|
|                         | 1.Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia. | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 19. No se lo que pasa, me siento confundido.   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 20. Por las mañanas(o por las tardes me siento peor)   | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |
|                         | 21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.  | 0        | 1        | 2        | 3        | 4        |

TOTAL :

|  |
|--|
| <b>TEST DE HAMILTON</b>                |
| <b>PUNTUACIONES: ¿ / 80 – STRESS -</b> |

**PACIENTE:**

**FECHA:**

|                  |
|------------------|
| R = Raramente    |
| A= Algunas veces |
| M = Muchas veces |
| S = Siempre      |

|     | <b>TEST DE HAMILTON</b>   | <b>R</b> | <b>A</b> | <b>M</b> | <b>S</b> |
|-----|---|----------|----------|----------|----------|
| 1.  | Me siento más nervioso y ansioso de lo normal                             | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 2.  | Siento miedo sin ver razón para ello                                      | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 3.  | Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor                    | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 4.  | Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar                     | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 5.  | Siento que todo va bien y nada malo puede suceder                         | 4        | 3        | 2        | 1        |
| 6.  | Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan               | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 7.  | Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda             | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 8.  | Me siento débil y me canso con facilidad                                  | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 9.  | Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente                 | 4        | 3        | 2        | 1        |
| 10. | Siento que mi corazón late con rapidez                                    | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 11. | Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento                     | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 12. | Tengo periodos de desmayo o algo así                                      | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 13. | Puedo respirar bien con facilidad   | 4        | 3        | 2        | 1        |
| 14. | Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 15. | Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones               | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 16. | Tengo que orinar con mucha frecuencia                                     | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 17. | Mis manos las siento secas y cálidas                                      | 4        | 3        | 2        | 1        |
| 18. | Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo                              | 1        | 2        | 3        | 4        |
| 19. | Puedo dormir con facilidad y descansar bien                               | 4        | 3        | 2        | 1        |
| 20. | Tengo pesadillas  | 1        | 2        | 3        | 4        |

TOTAL:

## TEST DE HAMILTON – ESCALA 2 -

### PUNTACIONES – ANSIEDAD -

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

|   |   |  |
|---|---|--|
| 2 | Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos                            |  |
| 0 | No me encuentro triste  |  |
| 1 | Me siento algo triste y deprimido   |  |
| 3 | Ya no puedo soportar ésta pena  |  |
| 2 | Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar                |  |
| 1 | Me siento desanimado cuando pienso en el futuro                             |  |
| 2 | Creo que nunca me recuperaré de mis penas                                   |  |
| 0 | No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal     |  |
| 2 | No espero nada bueno de la vida   |  |
| 3 | No espero nada, esto no tiene remedio                                       |  |
| 3 | He fracasado totalmente como persona(padre, madre, hijo, profesional, etc.) |  |
| 1 | He tenido más fracasos que la mayoría de la gente                           |  |
| 2 | Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena                          |  |
| 0 | No me considero fracasado   |  |
| 2 | Veó mi vida llena de fracasos   |  |
| 2 | Ya nada me llena  |  |
| 1 | Me encuentro insatisfecho conmigo mismo                                     |  |
| 1 | Ya no me divierte lo que antes me divertía                                  |  |
| 0 | No estoy especialmente satisfecho   |  |
| 3 | Estoy harto de todo   |  |
| 1 | A veces me siento despreciable y mala persona                               |  |
| 2 | Me siento bastante culpable   |  |
| 2 | Me siento prácticamente todo el tiempo despreciable y mala persona          |  |
| 3 | Me siento muy infame(perverso, canalla) y despreciable                      |  |
| 0 | No me siento culpable   |  |
| 1 | Presiento que algo malo puede sucederme                                     |  |
| 3 | Siento que merezco ser castigado  |  |
| 0 | No pienso que esté siendo castigado   |  |
| 2 | Siendo que me están castigando o me castigarán                              |  |
| 3 | Quiero que me castiguen   |  |
| 1 | Estoy descontento conmigo mismo   |  |
| 1 | No me aprecio   |  |
| 2 | Me odio(me desprecio)   |  |
| 2 | Estoy asqueado de mí  |  |
| 0 | Estoy satisfecho de mí mismo  |  |
| 0 | No creo ser pero que otros  |  |
| 2 | Me acuso a mí mismo   |  |
| 3 | Me siento culpable de todo lo malo que pueda ocurrirme                      |  |
| 2 | Siento que tengo muchos y muy graves defectos                               |  |
| 1 | Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores                       |  |
| 1 | Tengo pensamiento de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo               |  |
| 2 | Siento que estaría mejor muerto   |  |
| 2 | Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera                        |  |
| 3 | Tengo planes decididos de suicidarme  |  |
| 2 | Me mataría si pudiera   |  |
| 0 | No tengo pensamientos de hacerme daño                                       |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| 0 | No lloro más de lo habitual  |  |
| 3 | Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo  |  |
| 2 | Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo   |  |
| 1 | Ahora lloro más de lo normal   |  |
| 0 | No estoy más irritable que normalmente   |  |
| 1 | Me irrito con más facilidad que antes  |  |
| 2 | Me siento irritado todo el tiempo  |  |
| 3 | Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba  |  |
| 3 | He perdido todo mi interés por los demás y ya no me importan en absoluto                         |  |
| 1 | Me intereso por la gente menos que antes   |  |
| 0 | No he perdido mi interés por los demás   |  |
| 2 | He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos            |  |
| 1 | Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones                            |  |
| 0 | Tomo mis decisiones como antes   |  |
| 3 | Ya no puedo tomar decisiones en absoluto   |  |
| 2 | Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda   |  |
| 1 | Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado   |  |
| 3 | Me siento feo y repulsivo  |  |
| 0 | No me siento con peor aspecto que antes  |  |
| 2 | Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable(o menos atractivo) |  |
| 0 | Puedo trabajar tan bien como antes   |  |
| 1 | Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa   |  |
| 3 | No puedo trabajar en nada  |  |
| 2 | Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo   |  |
| 1 | No trabajo tan bien como lo hacía antes  |  |
| 0 | Duermo tan bien como antes   |  |
| 1 | Me despierto más cansado por la mañana   |  |
| 2 | Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir             |  |
| 2 | Tardo una o dos horas en dormirme por la noche   |  |
| 2 | Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme                        |  |
| 3 | Me despierto temprano todos los días y no duermo más de cinco horas                              |  |
| 3 | No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas  |  |
| 1 | Me canso más fácilmente que antes  |  |
| 2 | Cualquier cosa que hago me fatiga  |  |
| 0 | No me canso más de lo normal   |  |
| 3 | Me canso tanto que no puedo hacer nada   |  |
| 3 | He perdido totalmente el apetito   |  |
| 1 | Mi apetito no es tan bueno como antes  |  |
| 2 | Mi apetito es ahora mucho menor  |  |
| 0 | Tengo el mismo apetito de siempre  |  |
| 0 | No he perdido peso últimamente   |  |
| 1 | He perdido más de 2 kg. y medio  |  |
| 2 | He perdido más de 5 kg.  |  |
| 3 | He perdido más de 7 kg. y medio  |  |
| 0 | Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas                        |  |
| 1 | Estoy preocupado por dolores y trastornos  |  |
| 0 | No me preocupa mi salud más de lo normal   |  |
| 3 | Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro                        |  |
| 1 | Estoy menos interesado en el sexo que antes  |  |
| 3 | He perdido todo mi interés por el sexo   |  |
| 2 | Apenas me siento atraído sexualmente   |  |
| 0 | No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo   |  |