

La gente a veces busca ayuda en los demás, amistades, u otro tipo de apoyo. A continuación hay algunas preguntas acerca del apoyo que usted tiene. ¿Con qué frecuencia puede contar con cada uno de los siguientes tipos de apoyo si lo necesitase? (Marque un círculo en cada línea.)

	Ninguna vez	Pocas veces	Alguna vez	La mayoría de las veces	Todo el tiempo
1. Alguien con quien pueda contar para que le escuche cuando necesita platicar	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Alguien que le aconseje bien con respecto a algún problema	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Alguien que la lleve al médico si lo necesita	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Alguien con quien pasar un buen rato	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Alguien que le ayude a comprender un problema si es que lo necesita	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Alguien que le ayude con los quehaceres diarios si usted está enferma	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Alguien con quien compartir sus preocupaciones y temores más privados	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Alguien con quien divertirse	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Alguien que la ame y la haga sentir querida	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Las siguientes preguntas son acerca de sus actividades sociales y su vivienda.

10. ¿Quién vive con Ud.? (Marque un círculo por cada aseveración.)

	No	Sí
10.1. Vivo sola	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
10.2. Vivo con mi cónyuge o pareja	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
10.3. Vivo con mis hijos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
10.4. Vivo con mi hermano y/o hermana	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
10.5. Vivo con otros parientes	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
10.6. Vivo con amigos(as)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
10.7. Otro: _____ (Describa por favor)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1

11. ¿Tiene alguna mascota?

No

Sí

11.1. Si contestó sí, ¿qué clase de mascota tiene? (Marque **todos** los que apliquen.)

Perro(s) Gato(s) Ave(s) Peces Otro(s)

12. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha ido a un servicio religioso o a la iglesia? (Marque **sólo un círculo**.)

Ninguna
vez en el
último mes

Una vez en
el último
mes

2 o 3 veces
en el
último mes

Una vez por
semana

2 a 6 veces
por semana

Todos los
días

13. ¿Hasta qué punto le da fortaleza y consuelo la religión? (Marque **sólo un círculo**.)

Nada

Un poco

Muchísimo

14. Durante el mes pasado ¿con qué frecuencia atendió Ud. reuniones en clubs, logias, o asambleas de padres de familia? (Marque **sólo un círculo**.)

Ninguna
vez en el
último mes

Una vez en
el último
mes

2 o 3 veces
en el
último mes

Una vez por
semana

2 a 6 veces
por semana

Todos los
días

Las siguientes preguntas son acerca de las personas que son importantes en su vida. Para cada pregunta, marque sólo un círculo.

15. ¿Está usted ayudando con regularidad por lo menos a un pariente o amigo(a) enfermo(a), limitado(a), o débil?

No

Sí

15.1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ayudó Ud. a esta amistad o pariente?

Menos de una
vez por semana

1-2 veces por
semana

3-4 veces por
semana

5 o más veces
por semana

Siga adelante a la próxima página.



POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

SERIAL #

¿De las personas que le son importantes a usted cuántas . . .

	Ninguna	Una	Algunas	La mayoría	Todas
16. Le alteran los nervios?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
17. Exigen demasiado de usted?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
18. <u>No</u> la incluyen?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
19. Tratan de hacer que usted haga cosas que no quiere hacer?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

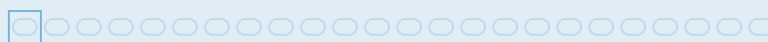
Favor de contestar las siguientes preguntas acerca de usted. (Marque un círculo para cada pregunta.) No permita que la respuesta a una de sus preguntas afecte la respuesta a otras preguntas.

	Estoy muy en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Neutral (en el medio)	De acuerdo	Muy de acuerdo
20. En tiempos de duda, siempre espero lo mejor	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
21. Si algo malo puede pasarme, me pasará	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
22. Siempre tengo esperanzas sobre mi futuro	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
23. Casi nunca espero que las cosas salgan a mi manera	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
24. Raras veces cuento con que me pasen cosas buenas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
25. En general, espero que me pasen más cosas buenas que malas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
26. La gente a mi alrededor se da cuenta cuando estoy enojada	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
27. La gente puede saber cómo me siento por mis expresiones faciales	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
28. Siempre demuestro desagrado cuando las cosas no salen como yo quisiera	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
29. Si alguien me hace enojar en un lugar público, "armaré un escándalo"	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

	Estoy muy en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Neutral (en el medio)	De acuerdo	Muy de acuerdo
30. Después que yo le demuestro coraje a alguien, me molesta por mucho tiempo	1	2	3	4	5
31. Trato de suprimir el coraje, pero quisiera que los demás supieran cómo me siento	1	2	3	4	5
32. Me preocupa que los demás no aprueben de mí, si demuestro emociones negativas tales como el temor o el coraje	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre sus opiniones y creencias. Lea cada afirmación y responda si esa afirmación generalmente es para usted verdadera o falsa. Si es generalmente verdadera marque un círculo que corresponda bajo la palabra "Verdad." Si la afirmación es generalmente falsa, marque el cuadro que corresponde bajo la palabra "Falso." Recuerde que ésta es su opinión. Trate de no dejar preguntas sin contestar.

	Falso	Verdad
33. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabe tanto como yo	0	1
34. Creo que una gran cantidad de personas hacen mucho hincapié en su mala suerte para obtener compasión y ayuda de los demás	0	1
35. Se requieren muchos argumentos para convencer a la mayoría de la gente de la verdad	0	1
36. Creo que la mayoría de las personas mentirían para salir adelante	0	1
37. La mayoría de las personas son honestas por el temor a ser descubiertas	0	1
38. La mayoría de las personas utilizarían medios injustos para obtener ganancias o una ventaja en vez de perderla	0	1
39. A nadie le importa mucho lo que le pase a uno	0	1
40. Es más seguro no confiar en nadie	0	1
41. La mayoría de las personas hacen amistades porque les pueden ser útiles	0	1
42. A la mayoría de la gente, por dentro, no les gusta esforzarse para ayudar a las personas	0	1
43. Con frecuencia he conocido a personas que supuestamente son expertos en algo y que no eran mejor que yo	0	1
44. La gente generalmente exige más respeto a sus propios derechos del que están dispuestos a permitir a los demás	0	1
45. Un gran número de personas son culpables de mal comportamiento sexual	0	1



POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

SERIAL #

46. Por lo general, ¿qué considera Ud. ser la calidad de su vida? (Marque un círculo en el recuadro a continuación.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peor	Punto medio						Mejor			

Tan mala o peor
que si estuvie se
muerta

La mejor
calidad
de vida

47. ¿Qué tan satisfecha esta Ud. con la calidad de su vida? (Marque un círculo en el recuadro a continuación.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insatisfecha	Punto medio						Satisfecha			

Completamente
descontenta con la calidad
de su vida, actualmente

Muy contenta con
la calidad de su
vida, actualmente

48. ¿Cómo calificaría actualmente su sentido de bienestar? (Marque un círculo en el recuadro a continuación.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peor	Mitad						Mejor			

49. En general, ¿diría Ud. que su salud es: (Marque un círculo.)
- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Excelente | Muy buena | Buena | Regular | Pobre |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

50. ¿En qué estado de salud está Ud. actualmente, a comparación con su salud de hace un año? (Marque un círculo.)

- Mucho mejor que hace un año
- Algo mejor que hace un año
- Casi igual
- Un poco peor que hace un año
- Mucho peor que hace un año

Las siguientes preguntas corresponden a su rutina diaria, tal como el trabajo, cuidado infantil, o actividades entre la comunidad. Debido a su estado físico, ¿ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas durante las últimas 4 semanas?

	No	Sí
64. Ud. acortó su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
65. Logró menos de lo deseado	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
66. Ud. tuvo que limitar su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
67. Se le hizo a Ud. difícil hacer su trabajo u otra actividad (le tomó un esfuerzo adicional)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1

Debido a algún problema emocional (depresión o ansiedad), ¿le ha ocurrido a Ud. alguna de las siguientes situaciones durante las últimas 4 semanas?

	No	Sí
68. Ud. acortó su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
69. Logró menos de lo deseado	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1
70. No hizo Ud. su trabajo u otros asuntos con el mismo cuidado de siempre	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1

Lea las siguientes declaraciones e indique, para cada una, cuáles son verdaderas o falsas es cada uno para Ud.

	Absolutamente verdadero	Algo verdadero	No estoy segura	Algo falso	Absolutamente falso
71. Me enfermo más que otras personas	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
72. Estoy tan sana como cualquier otra persona	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
73. Pienso que empeorará mi salud	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
74. Mi salud es excelente	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

75. Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido fueron afectadas sus actividades sociales (tal como visitas familiares o con amistades) debido a estado físico o emocional?

Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Para nada
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

La siguientes preguntas corresponden a sus sentimientos y a cómo se ha sentido Ud. durante las últimas 4 semanas. Marque la única respuesta que mejor demuestre su estado de ánimo.

Durante las últimas 4 semanas, ¿qué tan seguido . . .

	Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Poco tiempo	Para nada
76. Se ha sentido llena de energía?	1	2	3	4	5	6
77. Se ha sentido Ud. muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
78. Se ha sentido Ud. tan deprimida que nada le animaba?	1	2	3	4	5	6
79. Se ha sentido Ud. calmada y tranquila?	1	2	3	4	5	6
80. Ha tenido Ud. mucha energía?	1	2	3	4	5	6
81. Se ha sentido Ud. deprimida y melancólica?	1	2	3	4	5	6
82. Se ha sentido Ud. agotada?	1	2	3	4	5	6
83. Se ha sentido Ud. feliz?	1	2	3	4	5	6
84. Se ha sentido Ud. cansada?	1	2	3	4	5	6

85. ¿Puede comer Ud.:

- 1 ¿Sin que le ayuden? (puede alimentarse sin ninguna ayuda)
- 2 ¿Con alguna ayuda? (necesita que le ayuden a cortar la comida, etc.)
- 3 ¿Es Ud. completamente incapaz de alimentarse sola?

86. ¿Puede vestirse y desvestirse Ud. sola:

- 1 ¿Sin que le ayuden? (puede escoger su propio vestuario y puede vestirse y desvestirse sola)
- 2 ¿Con alguna ayuda?
- 3 ¿Es Ud. completamente incapaz de vestirse o desvestirse sola?

87. ¿Puede acostarse Ud. y salir de la cama:

- 1 ¿Sin asistencia o sin que le ayuden?
- 2 ¿Con alguna ayuda? (ya sea por medio de alguien o asistida por algún aparato)
- 3 ¿Depende Ud. completamente de alguien para que la levanten?

88. ¿Puede bañarse Ud. en la regadera o en la tina:

- 1 ¿Sin que le ayuden?
- 2 ¿Con alguna ayuda? (necesita que le ayuden a entrar y salir de la tina, o necesita que le coloquen alguna manija a la tina)
- 3 ¿Es Ud. completamente incapaz de bañarse sola?

89. Aquí aparece una lista de síntomas que a veces uno tiene. En cada uno, marque un círculo que mejor describe lo molesto que fué el síntoma para Ud. durante las últimas 4 semanas. Asegúrese de marcar un círculo en cada línea.

Si Ud. no siente el síntoma, favor de marcar un círculo que indica "el síntoma no ocurrió." Si Ud. tuvo el síntoma, use la siguiente clave para anotar lo molesto que fué:

Poco = el síntoma no me afecto en mi rutina diaria.
Moderado = el síntoma me afecto algo en mi rutina diaria.
Grave = el síntoma me afecto tanto, que no pude cumplir mi rutina diaria.

		El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
			Poco	Moderado	Grave
89.1.	Distención/hinchazón o gas	0	1	2	3
89.2.	Estreñimiento (dificultad de evacuar/deponer)	0	1	2	3
89.3.	Sudores nocturnos	0	1	2	3
89.4.	Dolores y achaques generales	0	1	2	3
89.5.	Sensibilidad del seno	0	1	2	3
89.6.	Bochornos/Sofocos/calores	0	1	2	3
89.7.	Diarrea	0	1	2	3
89.8.	Cambio de estado emocional	0	1	2	3
89.9.	Nausea	0	1	2	3
89.10.	Mareos	0	1	2	3
89.11.	Cansancio	0	1	2	3
89.12.	Olvidadiza/Falta de memoria	0	1	2	3
89.13.	Aumento de apetito	0	1	2	3
89.14.	Palpitación rápida o saltos de palpitación	0	1	2	3
89.15.	Temblores (tembladera)	0	1	2	3
89.16.	Acidez/ardor en el estómago/agruras	0	1	2	3
89.17.	Impaciencia o inquietud	0	1	2	3
89.18.	Dolor de la espalda inferior	0	1	2	3
89.19.	Dolor del cuello	0	1	2	3
89.20.	Resequedad del cutis o escama/peladura	0	1	2	3



POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

SERIAL #

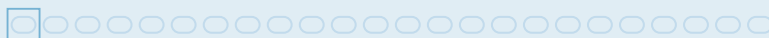
		El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
			Poco	Moderado	Grave
<input type="radio"/>	89.21. Dolores de cabeza o jaquecas/migrañas/emicráneas	0	1	2	3
	89.22. Torpeza	0	1	2	3
	89.23. Dificultad de visión no corregida con lentes	0	1	2	3
	89.24. Irritación o comezón vaginal o genital	0	1	2	3
	89.25. Dificultad con la concentración	0	1	2	3
	89.26. Dolor o rigidez de las coyunturas	0	1	2	3
	89.27. Falta de apetito	0	1	2	3
	89.28. Pérdida de la audición	0	1	2	3
	89.29. Hinchazón de las manos o pies	0	1	2	3
<input type="radio"/>	89.30. Resequedad vaginal o genital	0	1	2	3
	89.31. Malestar o molestia estomacal	0	1	2	3
	89.32. Dolor o ardor al orinar	0	1	2	3
	89.33. Tos o jadeo	0	1	2	3
<input type="radio"/>	89.34. Descarga vaginal o genital	0	1	2	3

90. **Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan seguido ha sufrido usted de los siguientes problemas?**

		Jamás	A veces ó varios días	Más de la mitad de los días
<input type="radio"/>	90.1. Sentirse nerviosa, ansiosa, de punta, ó muy preocupada de distintas cosas	0	1	2
	90.2. Sentirse inquieta que no puede sentarse tranquila	0	1	2
	90.3. Cansarse muy fácilmente	0	1	2
	90.4. Tensión ó dolores musculares	0	1	2
	90.5. Problemas en dormirse ó mantenerse dormida	0	1	2
	90.6. Problemas de concentración, tales como no poder leer un libro ó ver televisión	0	1	2
	90.7. Enojarse ó irritarse fácilmente	0	1	2
<input type="radio"/>	90.8. Ha tenido un ataque de ansiedad – repentinamente sintiendo temor ó pánico	0	1	2

Aquí se mencionan algunas cosas difíciles que a veces ocurren. Trate por favor de repasar este año pasado en su mente y recuerde si algunas de estas cosas sucedieron. Marque la respuesta que le parezca la mejor.

Durante el año pasado:	Sí, y me alteró:			
	No	No mucho	Moderadamente (A medias)	Mucho
91. ¿Se le murió una pareja o cónyuge?	0	1	2	3
92. ¿Tuvo una enfermedad grave una pareja cónyuga?	0	1	2	3
93. ¿Tuvo una enfermedad grave o murió alguna amistad o pariente suyo (que no fue su pareja o cónyuge)?	0	1	2	3
94. ¿Tuvo Ud. algún problema económico grave?	0	1	2	3
95. ¿Se divorció Ud. o se separó de su pareja o cónyuge?	0	1	2	3
96. ¿Se ha divorciado o separado algún familiar o amigo cercano?	0	1	2	3
97. ¿Tuvo Ud. algún pleito serio con sus hijos o nietos?	0	1	2	3
98. ¿Tuvo Ud. algún accidente serio, desastre, asalto, incidente sexual no deseado, robo, o incidentes semejantes?	0	1	2	3
99. ¿Se jubiló o perdió su Ud. trabajo o algún pariente o amistad íntima?	0	1	2	3
100. ¿Sufrió Ud. algún abuso físico a manos de un pariente o amistad que le pegó, abofeteó, empujó, atropelló, golpeó o amenazó con una arma?	0	1	2	3
101. ¿Sufrió Ud. algún abuso verbal de un pariente o amistad que le dijo que Ud. era estúpida o que no valía nada, o que la burló o criticó gravemente, o amenazó hacerle daño a Ud. o a su propiedad o a sus mascotas?	0	1	2	3
102. ¿Murió alguna mascota suya?	0	1	2	3



SERIAL #

POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

Estas preguntas corresponden a sus sentimientos de la semana pasada. Favor de marcar la respuesta que indique con qué frecuencia se sintió Ud. así.

	Rara vez o ninguna vez (menos de 1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	A veces o por tiempos moderados (3-4 días)	La mayoría del tiempo o todo el tiempo (5-7 días)
103. Se sintió Ud. deprimida (triste o melancólica)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
104. Su sueño fue inquieto	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
105. Gozó Ud. la vida	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
106. Le dieron a Ud. ataques de llanto	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
107. Se sintió Ud. triste	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
108. Pensó Ud. que la gente le tenía antipatía	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

109. En el transcurso del año, ¿ha pasado Ud. por períodos de dos semanas o más cuando se ha sentido triste, melancólica o deprimida? Además, durante esta etapa, ¿dejó Ud. de gozar ciertas cosas que normalmente le interesaban?

- 0 No
- 1 Sí

110. ¿Ha pasado Ud. por un período de dos años o más cuando se ha sentido deprimida o triste la mayoría del tiempo, aunque se haya sentido bien de vez en cuando?

- 0 No
- 1 Sí

110.1. ¿Se ha sentido Ud. deprimida o triste la mayoría del tiempo durante el año pasado?

- 0 No
- 1 Sí

Siga adelante a la próxima página.

Las siguientes preguntas corresponden a su sueño. Favor de marcar una de las respuestas por cada pregunta. Escoja la respuesta que mejor indique con qué frecuencia le ocurrió a Ud. esa situación durante las últimas 4 semanas.

No en las últimas 4 semanas Sí, menos de una vez por semana Sí, 1 o 2 veces por semana Sí, 3 o 4 veces por semana Sí, 5 veces o más por semana

- 111. ¿Tomó Ud. alguna medicina o alcohol antes de acostarse para poder dormir?
112. ¿Se durmió Ud. haciendo cosas tranquilas, tal como leyendo, viendo la T.V., o paseando en automóvil?
113. ¿Tomó Ud. una siesta de día?
114. ¿Se le hizo difícil dormirse?
115. ¿Despertó Ud. varias veces durante la noche?
116. ¿Despertó Ud. más temprano de lo que planeó?
117. ¿Se le hizo difícil volver a dormirse después de haber despertado muy temprano?
118. ¿Roncó Ud.?
No sé

119. Por lo general, ¿cómo durmió Ud. durante las últimas 4 semanas?:
Muy tranquila (5) Tranquila (4) Regular (3) Inquieta (2) Muy inquieta (1)

120. Durante las últimas 4 semanas, ¿aproximadamente cuántas horas durmió Ud.?
5 horas o menos (1) 6 horas (2) 7 horas (3) 8 horas (4) 9 horas (5) 10 horas o más (6)

Muchas mujeres dicen que se les escapa la orina. Las siguientes preguntas corresponden a problemas que Ud. haya tenido respecto al escape de la orina.

121. ¿Le ha ocurrido a Ud. algún escape pequeño de la orina, que no pudo controlar?
(0) No (1) Sí
(Si su respuesta fue "No," siga adelante a la pregunta 128 en la última página.)

Serial number input area with a grid of circles and the text SERIAL #

POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

122. ¿Con qué frecuencia le ocurre a Ud. el escape de la orina? **(Marque un círculo.)**

Nunca
durante el
año pasado

①

Menos de
una vez
por mes

②

Más de una vez
por mes pero
menos de una
vez por semana

③

Una vez o
más por semana
pero menos de
cada día

④

Diario

⑤

123. ¿Cuando le ocurre el escape de la orina? **(Marque cada respuesta que la aplique.)**

Ya no me
ocurre

①

Cuando toso, me
río, estornudo,
levanto algo, me
paro, o hago
ejercicio

②

Cuando siento
las ganas de
orinar y no
llego al baño
a tiempo

③

Cuando
duermo

④

Otro

⑤

(Favor de describir)

(Si su respuesta fue “Ya no hay pérdida de orina,” siga adelante a la pregunta 128 en la última página.)

124. Generalmente cuando ocurre, ¿cuánta orina se le escapa? **(Marque un círculo.)**

Ninguna

①

Apenas se nota
en la ropa
interior

②

Se empapa la
ropa interior

③

Se empapa
hasta su ropa
de vestir

④

125. ¿Qué protección usa Ud. en caso de que se le escape la orina? **(Marque cada respuesta que le aplique.)**

Ninguna

①

Mini-toalla
sanitaria, pañuelo
deshechable (tisú)
o toalla de papel

②

Toalla
sanitaria
menstrual o
protector

③

Pañal, toalla,
“Attends,”[®],
“Depends”[®]

④

Otra

⑤

126. ¿Con qué frecuencia encuentra Ud. que el escape de la orina le limita sus actividades diarias? **(Marque un círculo.)**

Nunca

①

Casi
nunca

②

A veces

③

Bastante
seguido

④

Muy
seguido

⑤

127. ¿Cuánto le estorba o molesta a Ud. el escape de la orina? **(Marque un círculo.)**

No me molesta
en absoluto

①

Un poco
molesto

②

Algo
molesto

③

Muy
molesto

④

Sumamente
molesto

⑤

Las últimas preguntas en este cuestionario corresponden a asuntos personales. Aunque las siguientes preguntas resulten delicadas y personales, son de mayor importancia. Con sus respuestas, nos ayuda Ud. a entender la salud de la mujer y nos permite investigar los tratamientos de sus problemas de salud. Tenga la seguridad de que sus respuestas se mantendrán confidenciales.

128. ¿Está Ud. casada o se encuentra en un relación íntima con otra(s) persona(s)? No Sí
0 1

129. ¿Tuvo Ud. actividad sexual con una pareja durante el año pasado? No Sí Prefiero no responder
0 1 9

130. ¿Qué tan satisfecha está Ud. con sus actividades sexuales actuales, sean con una pareja o sola? (Marque un círculo.) Muy insatisfecha Poco insatisfecha Algo satisfecha Muy satisfecha Prefiero no responder
1 2 3 4 9

131. ¿Está Ud. satisfecha con la frecuencia de sus actividades sexuales, o prefiere más o menos actividad sexual? (Marque un círculo.) Menos frecuencia Satisfecha con la frecuencia actual Más frecuencia Prefiero no responder
1 2 3 9

132. ¿Se preocupa Ud. de que sus actividades sexuales le afecten la salud? (Marque un círculo.) No me preocupa en absoluto Me preocupa un poco Me preocupa algo Me preocupa mucho Prefiero no responder
1 2 3 4 9

133. No importa que este Ud. actualmente activa sexualmente, ¿escoja la respuesta que mejor describa con quien ha tenido Ud. actividad sexual durante su vida adulta?

- 1 Nunca he tenido actividad sexual
2 Sexo con una mujer o con mujeres
3 Sexo con un hombre o con hombres
4 Sexo con ambos
9 Prefiero no responder

133.1. ¿Cuál respuesta describe mejor a su pareja sexual, después de haber cumplido Ud. 45 años?
0 Nunca he tenido actividad sexual
1 Sexo con una mujer o con mujeres
2 Sexo con un hombre o con hombres
3 Sexo con ambos

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado.

Serial number input area with a row of circles and the text SERIAL # and POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA