



Las siguientes preguntas se refieren a su salud en general.

1. En general, usted diría que su salud es:
- |  |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
|  | Excelente                          | Muy buena                          | Buena                              | Regular                            | Mala                               |
|  | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
2. ¿En qué estado de salud está Ud. actualmente, en comparación con su salud de hace un año?
- |  |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
|  | 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         |
|  | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
3. En general, ¿qué considera Ud. ser la calidad de su vida? (Marque un círculo 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 estuviese muerta

La mejor calidad de vida

4. ¿Cómo describiría lo siguiente? (Marque un círculo por cada línea.)
- |  |                                    |                                    |                                    |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
|  | Excelente                          | Muy buena                          | Promedio                           | Mala                               | Muy mala                           |
| 4.1 Su audición  | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
| 4.2 El estado de la boca y los dientes                               | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
| 4.3 Su visión (corregida con anteojos o lentes, según sea necesario) | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
| 4.4 Su apetito   | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
| 4.5 Su equilibrio  | <input type="radio"/> <sub>1</sub> | <input type="radio"/> <sub>2</sub> | <input type="radio"/> <sub>3</sub> | <input type="radio"/> <sub>4</sub> | <input type="radio"/> <sub>5</sub> |
5. ¿Está tomando un suplemento de calcio como Oscal, Viactiv o Tums?
- <sub>0</sub> No    <sub>1</sub> Sí

La siguiente pregunta se refiere a las hormonas femeninas que compró con una receta del médico durante el último año, incluso si no las está tomando actualmente.

6. **En el último año**, ¿utilizó cualquiera de las siguientes hormonas femeninas —ESTRÓGENO, PROGESTERONA (también llamada PROGESTINA) o TESTOSTERONA— que fueran recetadas por un médico? (Puede haberlas recibido en forma de píldora; parche cutáneo; inyección; crema; anillo, bolitas o supositorios vaginales; o compuestos bioidénticos.)

<sub>0</sub> No    <sub>1</sub> Sí    <sub>9</sub> No sé



Las siguientes preguntas se refieren a su actividad física.

20. Piense en caminar fuera de su casa. ¿Con qué frecuencia camina fuera de su casa **durante más de 10 minutos sin detenerse?** (Marque solamente una.)

- 0 Rara vez o nunca → Pase a la pregunta 21 a continuación.
- 1 1 a 3 veces al mes
- 2 1 vez por semana
- 3 2 a 3 veces por semana
- 4 4 a 6 veces por semana
- 5 7 o más veces por semana

Cuando camina fuera de su casa durante más de 10 minutos sin detenerse,

**20.1** ¿Durante cuántos minutos suele caminar?

- 1 Menos de 20 minutos
- 2 20 a 39 minutos
- 3 40 a 59 minutos
- 4 1 hora o más

**20.2** ¿Cuál es el ritmo habitual?

- 2 Paseo casual (2 millas por hora)
- 3 Promedio o normal (2-3 millas por hora)
- 4 Bastante rápido (3-4 millas por hora)
- 5 Muy rápido (más de 4 millas por hora)
- 9 No sé

21. Sin contar lo que camina fuera de la casa, ¿con qué frecuencia **semanal** (7 días) suele hacer los ejercicios mencionados a continuación?

**21.1 Ejercicio moderado o que demande mucho esfuerzo.** Por ejemplo, andar en bicicleta al aire libre, usar una máquina para hacer ejercicios (como bicicleta fija o cinta para caminar), hacer ejercicios aeróbicos, nadar, practicar bailes folclóricos o populares, trotar, jugar al tenis.

- 0 Ninguno → Pase a la siguiente página.
- 1 1 día por semana
- 2 2 días por semana
- 3 3 días por semana
- 4 4 días por semana
- 5 5 o más días por semana

**21.2** ¿Durante cuánto tiempo por vez suele hacer ejercicios de este tipo?

- 1 Menos de 20 minutos
- 2 20 a 39 minutos
- 3 40 a 59 minutos
- 4 1 hora o más



Las siguientes preguntas son acerca de sus condiciones de vida.

29. ¿Vive Ud. sola?

Sí  No

29.1 ¿Quién vive con usted? (Marque todas que aplican.)

Vivo con mi cónyuge o pareja

Vivo con mis hijos

Vivo con otros parientes

Vivo con amigos(as)

Otro (Describa por favor): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. ¿Tiene el lugar donde vive servicios especiales para personas mayores (como ayuda con las comidas, los medicamentos, el baño o el transporte)?

No  Sí

30.1 ¿Está recibiendo alguno de estos servicios en la actualidad?

No  Sí

31. En el último año, ¿estuvo en un hogar de ancianos?


No  Sí

Ahora algunas preguntas sobre sus actividades sociales. ¿Con qué frecuencia realiza cualquiera de las siguientes actividades, si es que las realiza? (Marque un círculo en cada línea.)

	Al menos una vez por semana	Varias veces al mes	Una vez al mes	Rara vez o nunca
32. Comer fuera de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Salir de compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Ir a un evento cultural como cine, conciertos, teatro o conferencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Reunirse con familiares o amigos que no viven con Ud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Comunicarse con familiares o amigos por teléfono o correo electrónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Ir a una iglesia u otro centro religioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



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

<u>Durante el año pasado:</u>	No	Sí, y me alteró:		
		No mucho	Moderadamente (a medias)	Mucho
48. ¿Tuvo una enfermedad grave su cónyuge o pareja?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
49. ¿Tuvo una enfermedad grave o murió alguna amistad o pariente suyo (que no fue su pareja o cónyuge)?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
50. ¿Tuvo Ud. algún problema económico grave?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
51. ¿Se divorció Ud. o se separó de su pareja o cónyuge?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
52. ¿Se ha divorciado o separado algún familiar o amigo cercano?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
53. ¿Tuvo Ud. algún pleito serio con sus hijos o nietos?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
54. ¿Tuvo Ud. algún accidente serio, desastre, asalto, incidente sexual no deseado, robo o incidentes semejantes?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
55. ¿Se jubiló o perdió Ud. trabajo o algún pariente o amistad íntima?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
56. ¿Sufrió Ud. algún abuso físico a manos de un pariente o amistad que le pegó, abofeteó, empujó, atropelló, golpeó o amenazó con una arma?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
57. ¿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?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
58. ¿Murió alguna mascota suya?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
59. ¿Se le murió una pareja o cónyuge? 	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Si respondió Sí a la Pregunta 59, por favor marque la respuesta que mejor describa cómo se siente en este momento respecto de la persona que murió.

	Nunca	Rara vez	A veces	Con frecuencia	Siempre
59.1 Extraño mucho o añoro a mi cónyuge o pareja que murió, lo extraño tanto que me cuesta interesarme en otras cosas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
59.2 Pienso tanto en esta persona que me resulta difícil hacer las cosas que normalmente hago.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4



Aquí aparece una lista de síntomas que a veces tienen las mujeres a medida que envejecen o después de la menopausia. En cada uno, marque la casilla que mejor describa lo molesto que fue el síntoma para Ud. durante el **último año**. Asegúrese de marcar un círculo en cada línea.

**Si Ud. no siente el síntoma, favor de marcar el círculo debajo de “el síntoma no ocurrió”.**  
**Si Ud. tuvo el síntoma, use la siguiente clave para anotar lo molesto que fue:**  
 Poco = el síntoma no me afectó en mi rutina diaria  
 Moderado = el síntoma me afectó algo en mi rutina diaria  
 Grave = el síntoma me afectó tanto que no pude cumplir mi rutina diaria

	El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
		Poco	Moderado	Grave
60. Sudores nocturnos	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
61. Dolores y achaques generales	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
62. Sensibilidad del seno	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
63. Bochornos/sofocos/calores	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
64. Cambio de estado emocional	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
65. Irritabilidad	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
66. Cansancio	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
67. Olvidadiza/falta de memoria	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
68. Resequedad del cutis o escama/peladura	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
69. Dolores de cabeza o jaquecas/migrañas/emicráneas	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
70. Dificultad con la concentración	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
71. Dolor o rigidez de las coyunturas	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
72. Escape no controlado de orina	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
73. Escape no controlado de heces	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
74. Irritación o comezón vaginal o genital	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
75. Resequedad vaginal o genital	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>
76. Otros ( <i>especifique</i> ): _____	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>

**Durante las últimas 4 semanas,** ¿con qué intensidad sufrió lo siguiente?

El síntoma ocurrió y fue:

	Ninguna	Poco	Moderado	Grave
77. Manos o pies fríos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
78. Sensación de mucho calor	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
79. Transpiración (sin hacer ejercicio)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
80. “Piel de gallina” o escalofríos	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
81. Incómoda con la temperatura, en general	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

**En las últimas 4 semanas,** ¿con qué frecuencia se sintió:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante seguido	Muy seguido
82. Que no podía controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
83. Confiada de su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
84. Que las cosas salían como Ud. quería?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
85. Que las dificultades eran cada vez mayores y que no podía superarlas?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

En general...	Estoy muy en desacuerdo	Estoy en desacuerdo en parte	Estoy ligeramente en desacuerdo	Estoy ligeramente de acuerdo	Estoy de acuerdo en parte	Estoy muy de acuerdo
86. Tiendo a recuperarme rápidamente después de momentos difíciles.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
87. No tardo mucho en recuperarme de una situación estresante.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
88. Me cuesta superar situaciones estresantes.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA.



SERIAL #

Las siguientes preguntas corresponden a su sueño y experiencias. 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
-----------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------

89. ¿Tomó Ud. alguna medicina o alcohol antes de acostarse para poder dormir? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

90. ¿Se durmió Ud. haciendo cosas tranquilas, tales como leyendo, viendo la T.V. o paseando en automóvil? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

91. ¿Tomó Ud. una siesta de día? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

92. ¿Se le hizo difícil dormirse? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

93. ¿Despertó Ud. varias veces durante la noche? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

94. ¿Despertó Ud. más temprano de lo que planeó? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

95. ¿Se le hizo difícil volver a dormirse después de haberse despertado muy temprano? <sub>1</sub> <sub>2</sub> <sub>3</sub> <sub>4</sub> <sub>5</sub>

96. Por lo general, ¿cómo durmió Ud. durante las últimas 4 semanas?

Muy tranquila	Tranquila	Regular	Inquieta	Muy inquieta
<input type="radio"/> <sub>5</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>

97. Durante las últimas 4 semanas, ¿aproximadamente cuántas horas durmió Ud.?

5 horas o menos	6 horas	7 horas	8 horas	9 horas	10 horas o más
<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>	<input type="radio"/> <sub>6</sub>



- |   | Ningún                  | Muy poco                | Poco                    | Moderado (a medias)     | Grave                   |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 115. <b><u>Durante las últimas 4 semanas</u></b> , ¿cuánto dolor físico ha sentido Ud.?   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
|   | Nada en absoluto        | Un poco                 | Moderado (a medias)     | Bastante                | Extremadamente          |
| 116. <b><u>Durante las últimas 4 semanas</u></b> , ¿hasta qué punto ha sido afectada su rutina de trabajo (tanto fuera de la casa como en la casa) debido al dolor? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

Las preguntas 117-122 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) |
|---|---|----------------------------------|--|---|
| 117. Se sintió Ud. deprimida (triste o melancólica) | <input type="radio"/> 0                 | <input type="radio"/> 1          | <input type="radio"/> 2                    | <input type="radio"/> 3                           |
| 118. Su sueño fue inquieto                          | <input type="radio"/> 0                 | <input type="radio"/> 1          | <input type="radio"/> 2                    | <input type="radio"/> 3                           |
| 119. Gozó Ud. la vida                               | <input type="radio"/> 0                 | <input type="radio"/> 1          | <input type="radio"/> 2                    | <input type="radio"/> 3                           |
| 120. Tuvo Ud. episodios de llanto                   | <input type="radio"/> 0                 | <input type="radio"/> 1          | <input type="radio"/> 2                    | <input type="radio"/> 3                           |
| 121. Se sintió Ud. triste                           | <input type="radio"/> 0                 | <input type="radio"/> 1          | <input type="radio"/> 2                    | <input type="radio"/> 3                           |
| 122. Pensó Ud. que la gente le tenía antipatía      | <input type="radio"/> 0                 | <input type="radio"/> 1          | <input type="radio"/> 2                    | <input type="radio"/> 3                           |

123. **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

124. ¿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    →

**124.1** En caso afirmativo, ¿se ha sentido deprimida o triste una gran parte del tiempo del último año?

0 No     1 Sí



¿Qué tan ciertas han sido las siguientes en su caso la semana pasada?

	Nada en absoluto	Un poquito	Un poco	Bastante	Mucho
138. Algunas personas andan sin rumbo por la vida, pero yo no soy una de ellas.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
139. A veces me siento como si ya hubiese hecho todo lo que hay para hacer en la vida.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
140. Me sentí tranquila.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
141. Tenía una razón para vivir.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
142. Mi vida ha sido productiva.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
143. Me costaba sentirme tranquila.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
144. Sentí que tenía un propósito en la vida.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
145. Logré llegar a lo profundo de mi ser y encontrar consuelo.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
146. Sentí armonía en mi interior.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
147. Mi vida no tenía sentido ni un propósito.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
148. Encontré consuelo en mi fe o creencias espirituales.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
149. Encontré fuerza en mi fe o creencias espirituales.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>
150. Siempre soy optimista respecto de mi futuro.	<input type="radio"/> <sub>0</sub>	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>

Las últimas preguntas son acerca de emociones que puede haber estado sintiendo. Marque sólo un círculo para cada línea.

Marque la respuesta que mejor describa cuánto concuerda con cada afirmación.

	Estoy muy en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy ligeramente en desacuerdo	No estoy de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy ligeramente de acuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy muy de acuerdo
151. En general, mi vida está cerca de mi ideal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
152. Mis condiciones de vida son excelentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
153. Estoy satisfecha con mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
154. Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que deseo en mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
155. Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría casi nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.

POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA.



SERIAL #