

Parte B

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

1. Sentirse nervioso, ansioso o inquieto

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

2. No poder dejar de sentirse preocupado o no poder controlar las preocupaciones

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

4. Dificultad para relajarse

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

5. Estar tan agitado que le es difícil estar quieto

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

6. Enojarse o irritarse fácilmente

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

7. Sentir temor de que suceda algo terrible

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

Parte C

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

2. Sentirse triste, deprimido o desesperado

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

3. Dificultad para dormir o conciliar el sueño, o dormir demasiado

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

4. Sentir cansancio, o tener poca energía

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

Parte C continuación

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

5. Poco apetito, o comer demasiado

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

6. Sentirse mal consigo mismo; que usted es un fracaso, o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

7. Dificultad para concentrarse, como al leer el periódico o ver la televisión

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

8. ¿Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo notan? O, por el contrario, ¿ha estado tan nervioso o inquieto que se estaba moviendo más de lo usual?

- 0 Nunca 1 Algunos días 2 7 días o más 3 Casi todos los días

9. Pensar que sería mejor estar muerto, o pensar en lastimarse a sí mismo de alguna manera

- 0 Nada en absoluto 1 Algunos días 2 Más de la mitad de los días 3 Casi todos los días

10. Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le hace este problema trabajar, cuidar las cosas en casa o llevarse con los demás?

- 0 Nada difícil 1 Algo difícil 2 Muy difícil 3 Extremadamente difícil

Parte D

1. ¿Alguna vez ha viajado en un automóvil conducido por alguien (incluido usted) que estuviera drogado o que hubiera estado consumiendo alcohol u otras drogas?

- 0 No 1 Sí

2. ¿Alguna vez ha consumido drogas o alcohol para relajarse, sentirse mejor consigo mismo o con los demás?

- 0 No 1 Sí

3. ¿Alguna vez ha consumido drogas o alcohol estando solo?

- 0 No 1 Sí

4. ¿Alguna vez ha olvidado cosas que hizo cuando había consumido drogas o alcohol?

- 0 No 1 Sí

5. ¿Alguna vez su familia o amigos le han dicho que debería consumir menos drogas o alcohol?

- 0 No 1 Sí

6. ¿Alguna vez se ha metido en problemas al haber consumido drogas o alcohol?

- 0 No 1 Sí