

**ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG**

**SUBESCALA DE ANSIEDAD**

- |                                                             | Sí                       | No                       |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Subtotal ...</b>                                         | <input type="checkbox"/> |                          |

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- |                                                                                                                               | Sí                       | No                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOTAL ANSIEDAD .....</b>                                                                                                   | <input type="checkbox"/> |                          |

**SUBESCALA DE DEPRESIÓN**

- |                                                            | Sí                       | No                       |
|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Subtotal ....</b>                                       | <input type="checkbox"/> |                          |

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- |                                                                            | Sí                       | No                       |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido? .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>TOTAL DEPRESIÓN .....</b>                                               | <input type="checkbox"/> |                          |