

## Cuestionario de resultados OQ-45.2

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M



Nº Ficha: \_\_\_\_\_

Sesión Nº \_\_\_\_\_

Fono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, básiense en los **ÚLTIMOS SIETE DIAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor describa como se siente esta semana. En el cuestionario el término "**TRABAJO**" se refiere al empleo, la escuela, el trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una "**X**" en el cuadro que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre			
1. Me llevo bien con otros.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me canso rápidamente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nada me interesa.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento presionado (estresado) en el trabajo/escuela/dueña de casa.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento culpable.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me siento irritado, molesto.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento débil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento atemorizado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana, después de haber tomado el día anterior. (Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo/ escuela/dueña de casa.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Soy una persona feliz.	4	3	2	1	0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trabajo/estudio/dueña de casa, excesivamente (más de la cuenta).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento inútil.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me abruma (angustia) los problemas de mi familia.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mi vida sexual me llena.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Discuto frecuentemente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me siento querido y que me necesitan.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Disfruto mi tiempo libre.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
22. Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Casi siempre	SD	IR	SR
23. Me siento sin esperanza en el futuro.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
24. Estoy contento conmigo mismo.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo. ( No se refiere a medicamentos recetados). (Si esto no le ocurre marque nunca)	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27. Tengo malestares estomacales.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
28. Trabajo/estudio/dueña de casa, tan bien como lo hacía antes.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Mi corazón palpita demasiado.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31. Estoy satisfecho con mi vida.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o el alcohol. ( Si esto no le ocurre marque nunca).	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Siento que algo malo va a ocurrir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
34. Tengo los músculos adoloridos.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etcétera.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
36. Me siento nervioso.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela/dueña de casa.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela/dueña de casa.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
40. Siento que algo anda mal con mi mente.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
41. Tengo dificultades para dormir, o no me puedo quedar dormido.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
42. Me siento triste.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
43. Mis relaciones con otros me satisfacen.	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/>	*	
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela/casa, que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
45. Me dan dolores de cabeza.	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>		
						+	+	
						<b>Total=</b>		

Developed by Michael Lambert, Ph.D. and Gary M. Burlingame, Ph.D.

Para mayor información contacto de la Parra C.

© Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.

All Rights Reserved. License Required For All Uses.

Validado en Castellano por Guillermo de la Parra C. y Alejandra von Bergen R.

gdelap@net.vtr

a von Bergen R.

onbergen@terra.cl



