

CUESTIONARIO DE EVALUACION PSICOLÓGICA

Nombre (requerido):

Apellidos:

Edad (requerido):

Sexo (requerido):

Teléfono (requerido):

Otro teléfono de contacto:

Correo electrónico (requerido):

Lugar de residencia:

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Me siento tensa/o, nerviosa/o <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Casi todo el día<input type="radio"/> Gran parte del día<input type="radio"/> De vez en cuando<input type="radio"/> nunca |
| 2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Igual que antes<input type="radio"/> No tanto como antes<input type="radio"/> Solamente un poco<input type="radio"/> Ya no disfruto con nada |
| 3. Siento temor e inseguridad <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí, y muy intenso<input type="radio"/> Sí, pero no muy intenso<input type="radio"/> Sí, pero no me preocupa<input type="radio"/> No siento nada de eso |
| 4. Me siento alegre y soy capaz de reír <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Igual que siempre<input type="radio"/> Actualmente un poco menos<input type="radio"/> Actualmente mucho menos<input type="radio"/> Actualmente en absoluto |
| 5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Casi todo el día<input type="radio"/> Gran parte del día<input type="radio"/> De vez en cuando<input type="radio"/> Nunca |
| 6. Me cuesta concentrarme <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Desde hace meses<input type="radio"/> En estos días<input type="radio"/> Sólo a veces<input type="radio"/> Nunca |

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>7. Soy capaz de permanecer sentada/o, tranquila/o y relajadamente</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Siempre<input type="radio"/> A menudo<input type="radio"/> Raras veces<input type="radio"/> Nunca |
| <p>8. Tengo dificultades para dormir</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Desde hace algunos meses<input type="radio"/> Últimamente<input type="radio"/> De vez en cuando<input type="radio"/> Nunca |
| <p>9. He perdido el interés por mi aspecto personal</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Completamente<input type="radio"/> No me cuido como debería hacerlo<input type="radio"/> Es posible que no me cuido como debería<input type="radio"/> Me cuido como siempre lo he hecho |
| <p>10. Espero las cosas con ilusión</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Muy a menudo<input type="radio"/> Con cierta frecuencia<input type="radio"/> Raramente<input type="radio"/> Nunca |
| <p>11. Experimento sensaciones de angustia</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Muy a menudo<input type="radio"/> Con cierta frecuencia<input type="radio"/> Raramente<input type="radio"/> Nunca |
| <p>12. Mi vida ha cambiado a partir de esto</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Totalmente<input type="radio"/> En algún aspecto<input type="radio"/> Más de lo deseado<input type="radio"/> No ha cambiado |
| <p>13. Me siento comprendida/o</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Siempre<input type="radio"/> A veces<input type="radio"/> Menos de lo deseado<input type="radio"/> Nunca |
| <p>14. Soy capaz de disfrutar con cosas cotidianas (música, lectura, tv...)</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> A menudo<input type="radio"/> Algunas veces<input type="radio"/> Pocas veces<input type="radio"/> Casi nunca |
| <p>15. Hablar del tema</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Me ayuda<input type="radio"/> Prefiero mantenerlo en la intimidad<input type="radio"/> Intento evitarlo<input type="radio"/> Prefiero no pensar |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Cómo le ha afectado su problema de infertilidad en su actividad laboral?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nada ha cambiado<input type="radio"/> Me ayuda a distraerme del problema<input type="radio"/> Mi rendimiento ha disminuido ligeramente<input type="radio"/> Mi rendimiento ha disminuido bastante<input type="radio"/> Me resulta imposible trabajar<input type="radio"/> Estoy de baja debido a esta situación |
| <p>2. ¿Cómo le ha afectado su problema de infertilidad en su relación de pareja?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nada ha cambiado<input type="radio"/> Nos ha unido más<input type="radio"/> Siento que no me comprende pero no nos ha afectado como pareja<input type="radio"/> Nos está distanciando<input type="radio"/> Me siento incomprendida/o por mi pareja<input type="radio"/> Creo que estamos pasando por una crisis de pareja |
| <p>3. ¿Cómo le ha afectado su problema de infertilidad en sus relaciones sociales y familiares?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Nada ha cambiado<input type="radio"/> Intentamos tener más encuentros sociales<input type="radio"/> Quedamos menos con aquellos que tienen o van a tener hijos<input type="radio"/> Evitamos los encuentros con aquellos que tienen hijos<input type="radio"/> Quedamos menos con nuestros amigos en general<input type="radio"/> Apenas quedamos con amigos |
| <p>4. Ha estado en alguna ocasión en tratamiento psiquiátrico o psicológico?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Sí<input type="radio"/> No |