



# HCHS/SOL Well-Being Questionnaire\_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: WBS  
VERSION: A 12/05/07

Contact  
Occasion

SEQ #

Acrostic: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

**Instructions:** Mark the appropriate box for the response. Unless instructed, mark ONLY one response.

### A. CES-D 10

*Aquí le presento una lista de frases que describen cómo pudo haberse sentido o comportado. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada. Puede responder con 'raramente o ninguna vez', que significa menos de un día a la semana, 'algunas veces o pocas veces, que significa uno a dos días a la semana, 'ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado', que significa tres o cuatro días a la semana o 'la mayor parte del tiempo, que significa cinco a siete días a la semana. escoja una opción para cada frase.*

	Raramente o ninguna vez (<1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Tuve dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Me sentí deprimido(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Me sentí con esperanza en el futuro.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Me sentí con miedo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Mi sueño fue inquieto.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Estuve contento(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Me sentí solo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. No tuve ganas de hacer nada.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**B. Spielberger Trait Anxiety Scale \***

*Ahora le voy a presentar otra lista de frases. No tome mucho tiempo en cada frase pero escoja la respuesta que describa mejor cómo se siente generalmente.*

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Me siento nervioso(a) e inquieto(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Me siento satisfecho(a) conmigo mismo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Desearía que pudiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Siento que soy un fracaso.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Me preocupo mucho por algo que realmente no vale la pena.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. No tengo confianza en mi mismo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. Me siento seguro(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
18. Me siento inadecuado(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. Soy una persona estable.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. Me siento en un estado agitado y tenso cuando pienso en mis preocupaciones e intereses recientes.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

\* Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, FL 33549, from the STAXI-2 by Charles D. Spielberger, Ph.D., Copyright 1979, 1986, 1988, 1995, 1998, 1999, by Psychological Assessment Resources, Inc. Further reproduction is prohibited without permission from PAR, Inc.