

Autoinforme de síntomas de ansiedad

Adaptación para cumplimentación individual basada en la HAM-A

Código de participante

Fecha (día/mes/año)

Sede

Cómo responder. Piense en los **últimos 7 días**. Marque una sola puntuación por fila según la intensidad global de las molestias descritas. No es necesario haber tenido todos los síntomas de una fila. Si no ha tenido ninguno, marque 0. El ítem 14 se refiere al momento de responder.

0 Ausente · 1 Leve · 2 Moderado · 3 Grave · 4 Muy grave

01 Preocupación y ánimo ansioso

He tenido preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión o irritabilidad.

0 1 2 3 4

02 Tensión

He sentido tensión, cansancio fácil, sobresaltos, ganas de llorar, temblor, inquietud o dificultad para relajarme.

0 1 2 3 4

03 Temores

He sentido miedo a la oscuridad, a personas desconocidas, a estar a solas, a animales, al tráfico o a las multitudes.

0 1 2 3 4

04 Sueño

Me ha costado conciliar o mantener el sueño; he dormido mal, despertado con cansancio o tenido pesadillas.

0 1 2 3 4

05 Concentración y memoria

He tenido dificultad para concentrarme o recordar cosas.

0 1 2 3 4

06 Estado de ánimo

He perdido interés o disfrute, me he sentido deprimido/a, me he despertado antes de lo habitual o mi ánimo ha cambiado a lo largo del día.

0 1 2 3 4

07 Molestias musculares

He tenido dolor, rigidez, sacudidas musculares, rechinar de dientes, voz insegura o músculos tensos.

0 1 2 3 4

08 Sensaciones físicas

He tenido zumbidos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, debilidad u hormigueos.

0 1 2 3 4

Autoinforme de síntomas de ansiedad

Adaptación para cumplimentación individual basada en la HAM-A

Código de participante

0 Ausente · 1 Leve · 2 Moderado · 3 Grave · 4 Muy grave

09 Corazón y circulación

0 1 2 3 4

He notado latidos rápidos o fuertes, dolor en el pecho, pulsaciones o sensación de desmayo.

10 Respiración

0 1 2 3 4

He sentido opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros frecuentes o dificultad para respirar.

11 Digestión

0 1 2 3 4

He tenido dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, sensación de llenura, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento.

12 Síntomas urinarios, menstruales o sexuales

0 1 2 3 4

He tenido necesidad frecuente o urgente de orinar; ausencia o exceso de menstruación; disminución del deseo, dificultades de excitación o erección, o eyaculación precoz.

13 Otras respuestas corporales

0 1 2 3 4

He tenido boca seca, rubor, palidez, sudoración, vértigo, dolor de cabeza por tensión o piel de gallina.

14 Inquietud al cumplimentar este cuestionario

0 1 2 3 4

En este momento noto inquietud, temblor, el rostro tenso, suspiros, respiración rápida, palidez o necesidad de tragar repetidamente.

Mi puntuación descriptiva

Sume las 14 respuestas (cada una de 0 a 4). Total posible: **0–56**. Si deja alguna sin responder, no calcule el total. La suma es manual.

Total / 56

Fuente: Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology, 32, 50–55.

Universidades participantes

