



ESCALA DE TAMIZAJE PSICOLÓGICO GOLDBERG (CGS-30)

1/ Nombre completo del servidor público a evaluar:					
2/ Edad:		3/ Género: Femenino () Masculino ()			
4/ Estado civil: Soltero () Divorciado () Separado () Unión Libre () Casado () Viudo ()					
5/ Grado de estudios:					
6/ Lugar de aplicación: Unidad Médica () Unidad Móvil () Visita Domiciliaria ()					
7/ Nombre completo del entrevistador:					
8/ ¿Habla usted alguna lengua aparte del español?: Otomí () Mazahua () Tlahuica () Náhuatl () Otra () No ()					
9/ Ocupación actual:					
10/ Lugar de nacimiento:			11/ Residencia:		
12/ Dirección: (calle, no. exterior, interior, código postal)					
13/ Colonia:		14/ Localidad:		15/ Municipio:	
Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado de ánimo. Para ello se ha formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con la forma en que usted pudiera sentirse. Por favor, lea cuidadosamente y conteste todas las preguntas (marcando con una "X" el cuadro) de acuerdo con lo que considere más adecuado según lo sienta. Las preguntas se refieren exclusivamente a su estado de ánimo en las últimas dos o tres semanas.					
Cuestionario	1	2	3	4	
1. ¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	
2. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes	
3. ¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
4. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre	
5. ¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
6. ¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
7. ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
8. ¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
9. ¿Ha tenido dificultad para dormir o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
10. ¿Ha tenido dificultad para dormir de un "jalón" toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
11. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes	
12. ¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes	
13. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes	
14. ¿Siente cariño y afecto por los que lo rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho más que antes	