

Agotamiento – Cuestionario abreviado 7a

Responda a cada pregunta marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...

| | | Nunca | Rara vez | Algunas veces | A menudo | Siempre |
|----------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| FATEXP20 | ¿Con qué frecuencia se sintió cansado/a? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATEXP5 | ¿Con qué frecuencia sintió extenuación extrema? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATEXP18 | ¿Con qué frecuencia se quedó sin energía?.. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP33 | ¿Con qué frecuencia se vio limitado/a en el trabajo debido al agotamiento (incluya el trabajo en el hogar)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP30 | ¿Con qué frecuencia sintió demasiado cansancio como para pensar con claridad? .. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP21 | ¿Con qué frecuencia sintió demasiado cansancio como para darse un baño o una ducha? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| FATIMP40 | ¿Con qué frecuencia tuvo suficiente energía como para hacer ejercicio vigoroso? | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |