

Agotamiento – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
HI7 1	Me siento agotado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AN3 2	Tengo dificultad para <u>comenzar</u> las cosas porque estoy cansado/a.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
En los últimos 7 días ...						
FATEXP41 3	¿Qué tan rendido/a se sintió en promedio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FATEXP40 4	¿Qué tan agotado/a estuvo en promedio?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FATEXP35 5	¿En qué medida le molestó el agotamiento en promedio?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FATIMP49 6	¿En qué medida el agotamiento interfirió en su funcionamiento físico?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
En los últimos 7 días ...				Algunas veces	A menudo	Siempre
FATIMP3 7	¿Con qué frecuencia se tuvo que forzar para hacer sus actividades debido al agotamiento?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FATIMP16 8	¿Con qué frecuencia tuvo dificultad para terminar las cosas debido al agotamiento?.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5