## 8. Anexos

## A. Escala de Satisfacción con la Vida

A continuación encontrará varias afirmaciones con las cuales usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo con ellas. Por favor, utilice la siguiente escala de 1 a 7 para indicar el grado en que cada afirmación se aplica en su caso.

| 1  | 2                      | 3                     | 4                                  |  | 5       |   | 6                         |   |   | 7                        |   |   |
|--|------------------------|-----------------------|------------------------------------|--|---------|---|---------------------------|---|---|--------------------------|---|---|
| Totalmente<br>en<br>desacuerdo   | Bastante en desacuerdo | Algo en<br>desacuerdo | Ni de<br>acuerdo<br>en<br>desacuer |  | acuerdo |   | Bastante<br>de<br>acuerdo |   |   | Totalmente<br>de acuerdo |   |   |
| Ítem   |                        |                       |                                    |  | 2       | 3 | 3                         | 4 | 5 | ,                        | 6 | 7 |
| a. En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal.              |                        |                       |                                    |  |         |   |                           |   |   |                          |   |   |
| b. Las condiciones de mi vida son excelentes                                 |                        |                       |                                    |  |         |   |                           |   |   |                          |   |   |
| c. Estoy satisfecho con mi vida  |                        |                       |                                    |  |         |   |                           |   |   |                          |   |   |
| d. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes<br>que quiero en la vida |                        |                       |                                    |  |         |   |                           |   |   |                          |   |   |
| e. Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.            |                        |                       |                                    |  |         |   |                           |   |   |                          |   |   |
| f. Total: (deja  |                        |                       |                                    |  |         |   |                           |   |   |                          |   |   |

## B. Escala de Balance Afectivo

A continuación se le presentan una serie de enunciados, marque con una x la opción que más representa su opinión y que ha sentido en la última semana:

| Ítem  | Poco o<br>nunca (1) | A veces (2) | Mucho o<br>generalmente<br>(3) |
|---|---------------------|-------------|--------------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido molestado(a) por alguien?                       |                     |             |                                |
| 2. ¿Se ha sentido muy solo(a) o distante de la gente?             |                     |             |                                |
| 3. ¿Ha sentido que las cosas iban como usted quería?              |                     |             |                                |
| 4. ¿Se ha sentido muy preocupado(a)?                              |                     |             |                                |
| 5. ¿Se ha sentido contento(a) por tener gente con la              |                     |             |                                |
| que contar o hacer algo?  |                     |             |                                |
| 6. ¿Ha tenido miedo de lo que pudiera suceder?                    |                     |             |                                |
| 7. ¿Se ha sentido particularmente estimulado(a) o                 |                     |             |                                |
| interesado(a) por algo?   |                     |             |                                |
| 8. ¿Se ha sentido deprimido(a) o muy infeliz?                     |                     |             |                                |
| 9. ¿Se ha sentido lleno(a) de energía?                            |                     |             |                                |
| 10. ¿Se ha sentido muy cansado(a)?                                |                     |             |                                |
| 11. ¿Se ha sentido usted muy nervioso(a), agobiado(a) o tenso(a)? |                     |             |                                |
| 12. ¿Ha sentido que se estaba divirtiendo mucho?                  |                     |             |                                |
| 13. ¿Se ha sentido muy alegre o feliz?                            |                     |             |                                |
| 14. ¿Se ha sentido con ganas de llorar?                           |                     |             |                                |
| 15. ¿Se ha sentido eufórico(a) (muy contento(a),                  |                     |             |                                |
| dichoso(a))?  |                     |             |                                |
| 16. ¿Se ha sentido seguro(a) respecto al futuro?                  |                     |             |                                |
| 17. ¿Se ha sentido aburrido(a)?                                   |                     |             |                                |
| 18. ¿Se ha sentido contento(a) o satisfecho(a) por                |                     |             |                                |
| haber logrado algo?   |                     |             |                                |