

## CAPE-42

Nombre:

Edad:

Fecha:

<p>1. ¿Alguna vez se sintió triste?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 2</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>2. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que la gente lanzara indirectas contra usted o dijera cosas con segundas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 3</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>3. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que no es una persona muy animada?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 4</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>4. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que no es muy hablador cuando conversa con otras personas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 5</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>5. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si las cosas que salen en las revistas o en la televisión fueran escritas especialmente para usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 6</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>6. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si la gente no fuera lo que parece?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 7</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>7. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si fuera perseguido de alguna manera?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 8</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>8. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que experimentaba muy pocas emociones o ninguna emoción ante sucesos importantes?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 9</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>9. ¿Alguna vez se sintió pesimista sobre algo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 10</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>10. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si existiese una conspiración contra usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 11</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>11. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si estuviera destinado a hacer algo importante?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 12</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>12. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si no hubiera futuro para usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 13</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>13. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que usted es una persona especial o poco corriente?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 14</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>14. ¿Alguna vez tuvo la sensación de no tener ganas de seguir viviendo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 15</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>15. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que la gente puede comunicarse telepáticamente?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 16</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>16. ¿Alguna vez tuvo la sensación de no tener interés por estar con otras personas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 17</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>17. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si los aparatos eléctricos, como los ordenadores, pudieran influir en su manera de pensar?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 18</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>18. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si le faltase motivación para hacer cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 19</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>19. ¿Alguna vez lloró por nada?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 20</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>20. ¿Cree en el poder de la brujería, los hechizos o lo oculto?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 21</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>21. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que le faltaba energía?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 22</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>22. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que la gente le miraba de manera rara, debido a su aspecto?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 23</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>23. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que su mente estaba vacía?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 24</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>24. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si sus pensamientos fueran sacados de su cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 25</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>25. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que iba consumiendo todos sus días sin hacer nada?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 26</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>26. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si los pensamientos que están en su cabeza no fueran suyos?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 27</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>27. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si a sus sentimientos les faltase intensidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 28 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>28. ¿Han sido alguna vez sus pensamientos tan intensos que le preocupase que otras personas pudieran escucharlos?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 29 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>29. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si le faltase espontaneidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 30 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>30. ¿Alguna vez escuchó como el eco de sus propios pensamientos?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 31 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>31. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si estuviese bajo el control de alguna fuerza ajena a usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 32 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>32. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que sus emociones estaban embotadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 33 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>33. ¿Alguna vez escuchó voces mientras estaba solo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 34 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>34. ¿Alguna vez escuchó voces que hablaban entre sí mientras estaba solo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 35 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>35. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que estaba descuidando su aspecto e higiene personal?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 36 Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

<p>36. ¿Alguna vez tuvo la sensación de que nunca conseguía hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 37</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>37. ¿Alguna vez tuvo la sensación de tener muy pocas aficiones o intereses?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 38</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>38. ¿Alguna vez se sintió culpable?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 39</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>39. ¿Alguna vez se sintió como fracasado?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 40</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>40. ¿Alguna vez se sintió nervioso?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 41</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>41. ¿Alguna vez tuvo la sensación de como si un doble ocupase el puesto de un miembro de la familia, de un amigo o de un conocido?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, pase, por favor, a la pregunta 42</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>
<p>42. ¿Alguna vez vio objetos, personas o animales que los demás no podían ver?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Casi siempre</p>	<p>Si marcó “nunca”, ya ha terminado</p> <p>Si marcó “a veces”, “con frecuencia” o “casi siempre”, por favor, indique qué grado de malestar le produce esta experiencia:</p> <p><input type="checkbox"/> Ningún malestar <input type="checkbox"/> Ligero malestar <input type="checkbox"/> Bastante malestar <input type="checkbox"/> Mucho malestar</p>

## CAPE

The CAPE has three dimensions: a positive, a depressive and a negative dimension score.

The CAPE provides an overall score and a total score per dimension by adding up the number of positive answers to the frequency question, and it provides a distress score by adding up the scores of the distress questions.

In order to account for partial non-response, scores were weighted for the number of valid answers per dimension. The weighted score per dimension is the sum score per dimension divided by the amount of items filled in by the subject. CAPE positive, negative and depression scores can be expressed as units standard deviation (standardized scores) in order to remove scale difference.

First of all, the scores 0-3 of the CAPE have to be recoded to 1-4 (frequency: never-sometimes-often-nearly always; distress: not distressed-a bit distressed-quite distressed-very distressed)!

The three weighted frequency and distress scores are calculated by adding up the item-scores in Column A and B, respectively, that belong to the specific factor divided by the amount of items filled in.

The positive dimension frequency score consists of the following questions in column A:

$a_2+a_5+a_6+a_7+a_{10}+a_{11}+a_{13}+a_{15}+a_{17}+a_{20}+a_{22}+a_{24}+a_{26}+a_{28}+a_{30}+a_{31}+a_{33}+a_{34}+a_{41}+a_{42}$

The positive dimension distress score consists of the accompanying questions in column B:

$b_2+b_5+b_6$  etc.

The depressive dimension frequency score consists of the following questions in column A:

$a_1+a_9+a_{12}+a_{14}+a_{19}+a_{38}+a_{39}+a_{40}$

The depressive dimension distress score consists of the accompanying questions in column B:

$b_1+b_9+b_{12}$  etc.

The negative dimension frequency score consists of the following questions in column A:

$a_3+a_4+a_8+a_{16}+a_{18}+a_{21}+a_{23}+a_{25}+a_{27}+a_{29}+a_{32}+a_{35}+a_{36}+a_{37}$

The negative dimension distress score consists of the accompanying questions in column B:

$b_3+b_4+b_8$  etc.

Total score CAPE: items 1-40.