

ESCALA DE TAMIZAJE PSICOLÓGICO GOLDBERG (CGS - 30)

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			2/ FECHA (DÍA, MES Y AÑO):		
DATOS GENERALES					
3/ NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA:			4/ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO		5/ CLAVE ISSEMYM:
6/ SEXO: ☐ H ☐ M		7/ EDAD:	8/ LUGAR DE NACIMIENTO:		9/ ÁREA DE TRABAJO:
10/ NIVEL DE ESCOLARIDAD:		11/ ESTADO CIVIL: ☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ SEPARADO(A)			
12/ NÚM. DE TELÉFONO (FIJO Y/O MÓVIL):			13/ LUGAR DE APLICACIÓN: ☐ UNIDAD MÉDICA ☐ UNIDAD MÓVIL ☐ VISITA DOMICILIARIA		
14/ ¿HABLA USTED ALGUNA LENGUA INDÍGENA? ☐ SÍ ☐ NO ¿CUÁL? _____					
15/ DOMICILIO COMPLETO (CALLE, NÚM. EXTERIOR Y/O INTERIOR, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD FEDERATIVA):					

INSTRUCCIONES: POR FAVOR, LEA CUIDADOSAMENTE Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS, MARQUE CON UNA **X** EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA A LO QUE CONSIDERE MÁS ADECUADO, SEGÚN LO QUE USTED SIENTA. LAS PREGUNTAS SE REFIEREN EXCLUSIVAMENTE A SU ESTADO DE ÁNIMO EN LAS ÚLTIMAS DOS O TRES SEMANAS.

NÚM.	PREGUNTAS	RESPUESTA				16/ PUNTAJE
		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 CON AGOTAMIENTO Y SIN FUERZAS PARA NADA?	NO	COMO ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
3	¿HA TENIDO LA SENSACIÓN DE ESTAR ENFERMO(A)?	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(A) 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	¿HA SENTIDO SATISFACCIÓN CON SU MANERA DE HACER LAS COSAS?	MÁS QUE ANTES	IGUAL QUE ANTES	MENOS QUE ANTES	MUCHO MENOS QUE ANTES	
14	¿SIENTE CARÍO Y AFECTO POR LOS QUE LE RODEAN?	MÁS QUE ANTES	COMO ANTES	MENOS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
15	¿SE LLEVA BIEN CON LOS DEMÁS?	MEJOR QUE ANTES	COMO ANTES	PEOR QUE ANTES	MUCHO PEOR QUE ANTES	
16	¿HA SENTIDO QUE ESTÁ JUGANDO UN PAPEL ÚTIL EN LA VIDA?	MÁS QUE ANTES	IGUAL QUE ANTES	MENOS ÚTIL QUE ANTES	MUCHO MENOS ÚTIL QUE ANTES	

NÚM.	PREGUNTAS	RESPUESTA				16/ PUNTAJE
		1	2	3	4	
17	¿SE HA SENTIDO CAPAZ DE TOMAR DECISIONES?	MÁS QUE ANTES	IGUAL QUE ANTES	MENOS ÚTIL QUE ANTES	MUCHO MENOS ÚTIL QUE ANTES	
18	¿SE SIENTE INCAPAZ DE RESOLVER SUS PROBLEMAS?	NO PARA NADA	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
19	¿DISFRUTA SUS ACTIVIDADES DIARIAS?	MÁS QUE ANTES	IGUAL QUE ANTES	MENOS QUE ANTES	MUCHO MENOS QUE ANTES	
20	¿SE HA SENTIDO CON IRRITACIÓN Y DE MAL HUMOR?	NO PARA NADA	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
21	¿SE HA SENTIDO ASUSTADO(A) Y CON MUCHO MIEDO SIN QUE HAYA UNA BUENA RAZÓN?	NO	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
22	¿SE HA SENTIDO TRISTE Y CON DEPRESIÓN?	NO PARA NADA	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
23	¿HA PERDIDO CONFIANZA Y FE EN SÍ MISMO(A)?	NO	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
24	¿HA PENSADO QUE USTED NO VALE NADA?	NO PARA NADA	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
25	¿SIENTE QUE NO SE PUEDE ESPERAR NADA DE LA VIDA?	NO	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
26	¿SE HA SENTIDO CON NERVIOS Y "A PUNTO DE ESTALLAR" CONSTANTEMENTE?	NO	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
27	¿HA PENSADO EN LA POSIBILIDAD DE QUITARSE LA VIDA?	NO PARA NADA	NO CREO	ALGUNA VEZ	SÍ	
28	¿HA NOTADO QUE A VECES NO PUEDE HACER NADA A CAUSA DE SUS NERVIOS?	NO	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
29	¿HA DESEADO ESTAR MUERTO(A) Y LEJOS DE TODO?	NO	NO MÁS QUE ANTES	MÁS QUE ANTES	MUCHO MÁS QUE ANTES	
30	¿HA NOTADO QUE LA IDEA DE QUITARSE LA VIDA LE VIENE REPENTINAMENTE A LA CABEZA?	NO PARA NADA	NO CREO	ALGUNA VEZ	SÍ	

17/ TOTAL

18/ APLICÓ EL CUESTIONARIO
PERSONAL DE SALUD

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

14 000 00L/468/23

Instructivo para el llenado del formato: Escala de tamizaje psicológico Goldberg (CGS-30).		
Objetivo: Evaluar el estado general de salud mental de la persona servidora pública, para la detección oportuna de trastornos mentales.		
Distribución y destinatario: El formato se genera en original y se integra al expediente clínico de la persona servidora pública.		
Clave: 14 000 00L/468/23.		
Núm.	Concepto	Descripción
1	NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica, donde se encuentra adscrita la persona servidora pública.
2	FECHA (DÍA, MES Y AÑO)	Especificar la fecha (día, mes y año) en que se aplica el cuestionario a la persona servidora pública.
3	NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA	Registrar apellido paterno, apellido materno y nombre(s) de la persona servidora pública.
4	FECHA DE NACIMIENTO	Indicar la fecha de nacimiento (día, mes y año) de la persona servidora pública.
5	CLAVE ISSEMYM	Asentar la clave de afiliación al ISSEMYM de la persona servidora pública.
6	SEXO	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el sexo de la persona servidora pública H para hombre y M para mujer.
7	EDAD	Anotar la edad en años cumplidos de la persona servidora pública.
8	LUGAR DE NACIMIENTO	Especificar el lugar de nacimiento de la persona servidora pública.
9	ÁREA DE TRABAJO	Registrar el nombre completo del área donde trabaja la persona servidora pública.
10	NIVEL DE ESCOLARIDAD	Indicar el nivel de escolaridad de la persona servidora pública.
11	ESTADO CIVIL	Marcar con una X en el recuadro según corresponda, el estado civil de la persona servidora pública.
12	NÚM. DE TELÉFONO (FIJO Y/O MÓVIL)	Asentar el número de teléfono (fijo y/o móvil) donde se localice a la persona servidora pública.
13	LUGAR DE APLICACIÓN	Marcar con una X en el recuadro correspondiente, el lugar donde se aplica el cuestionario.
14	¿HABLA USTED ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Marcar con una X en el recuadro según corresponda, la respuesta de la persona servidora pública, en caso de ser positiva especificar que lengua indígena habla.
15	DOMICILIO COMPLETO	Escribir el nombre completo de la calle, número exterior y/o interior, colonia, código postal, localidad, municipio y entidad federativa donde vive la persona servidora pública.
16	PUNTAJE	Anotar en el recuadro correspondiente, el número de la respuesta marcada por la persona servidora pública.
17	TOTAL	Asentar el número que resulte de la suma total de todas las respuestas elegidas por la persona servidora pública.
18	APLICÓ EL CUESTIONARIO	Escribir nombre(s) apellido paterno, apellido materno y asentar la firma autógrafa de la persona que aplica el cuestionario.