

**Cuestionario de síntomas en cuatro dimensiones  
(VierDimensionale KlachtenLijst: 4DKL)**

El siguiente cuestionario trata diferentes síntomas o manifestaciones que puede usted experimentar. Se trata siempre de síntomas y manifestaciones que usted haya experimentado en la última semana (**los últimos 7 días, incluido el día de hoy**). No cuentan los síntomas que haya podido experimentar anteriormente, pero no durante la última semana.

Para cada síntoma, le pedimos que indique la frecuencia con que lo ha experimentado en los últimos siete días. Marque una cruz en la casilla correspondiente.

		No	A veces	Regularmente	Frecuentemente	Con mucha frecuencia o constantemente
<b>¿Durante los últimos siete días, ha experimentado usted:</b>						
1.	mareos o vértigos?					
2.	dolores musculares?					
3.	desmayos?					
4.	dolor en el cuello?					
5.	dolor en la espalda?					
6.	transpiración excesiva?					
7.	palpitaciones?					
8.	dolor de cabeza?					
9.	sensación de hinchazón abdominal?					
10.	visión borrosa o manchas delante de los ojos?					
11.	que le falta el aire?					
12.	náuseas o problemas de digestión?					
<b>¿Durante los últimos siete días, ha experimentado usted:</b>						
13.	dolor en el abdomen o en la zona del estómago?					
14.	hormigueo en los dedos?					
15.	presión o contracción en el pecho?					
16.	dolor en el pecho?					
17.	abatimiento o desfallecimiento?					
18.	sustos repentinos sin motivo aparente?					
19.	preocupaciones a las que no puede dejar de dar vueltas en la cabeza?					
20.	sueño agitado?					
21.	una indefinible sensación de miedo?					
22.	decaimiento del ánimo?					
23.	temblores en presencia de otras personas?					
24.	pánico repentino o una fuerte ansiedad?					
<b>¿Durante los últimos siete días, se ha sentido usted:</b>						
25.	tenso?					
26.	fácilmente irritable?					
27.	angustiado?					

		No	A veces	Regularmente	Frecuentemente	Con mucha frecuencia o constantemente
<b>¿Durante los últimos siete días, ha tenido usted la sensación de:</b>						
28.	que nada tiene sentido?					
29.	que no es capaz de hacer nada?					
30.	que no vale la pena vivir?					
31.	que no es capaz de interesarse por las personas y las cosas que le rodean?					
32.	que no puede hacer frente a nada?					
33.	que sería mejor si estuviera muerto/a?					
34.	que no puede disfrutar de nada?					
35.	que su situación no tiene salida?					
36.	que todo le supera?					
37.	que no tiene ganas de hacer nada?					
<b>¿Durante los últimos siete días, ha tenido usted:</b>						
38.	dificultades para pensar con claridad?					
39.	dificultades para conciliar el sueño?					
40.	miedo a salir de casa solo/a?					
<b>¿Durante los últimos siete días, usted:</b>						
41.	ha reaccionado con excesiva emotividad?					
42.	se ha sentido angustiado/a por algo que no debería producirle miedo? <i>(por ejemplo: animales, alturas, espacios pequeños)</i>					
43.	tuvo miedo de viajar en autobuses, trenes o tranvías?					
44.	tuvo temor de sentir vergüenza en compañía de otras personas?					
45.	ha tenido la sensación de estar amenazado/a por un peligro desconocido?					
46.	ha pensado alguna vez: "me gustaría estar muerto/a"?					
47.	ha revivido imágenes de eventos perturbadores vividos en el pasado?					
48.	ha tenido que esforzarse para dejar de lado pensamientos o recuerdos de eventos perturbadores vividos en el pasado?					
49.	ha tenido que evitar ciertos lugares porque le producen temor?					
50.	ha tenido que repetir varias veces ciertas acciones antes de poder hacer otra cosa?					

# 4DSQ scoring form

'no' = score 0

'sometimes' = score 1

'regularly' or more often = score 2

17	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
19	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
20	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
22	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
25	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	46	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
29	<input type="checkbox"/>			42	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>			43	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>			44	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>			45	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>			49	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>			50	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>					13	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>					14	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>					15	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>					16	<input type="checkbox"/>
	<b>Distress</b>		<b>Depression</b>		<b>Anxiety</b>		<b>Somatisation</b>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Interpretation:

moderately elevated:	> 10	> 2	> 3	> 10
strongly elevated:	> 20	> 5	> 9	> 20

The 4DSQ is copyright protected work. The copyright owner is Dr. B. Terluin. The 4DSQ is free for non-commercial use as in (mental) health care and scientific research. Commercial use of the 4DSQ requires a licence agreement. More information, translations and literature references can be found at [www.4dsq.eu](http://www.4dsq.eu).

### **Validation status of the Spanish translation of the 4DSQ**

The Spanish translation has been made by the Taalcentrum-VU (<https://www.taalcentrum-vu.nl/en/>). It has not yet been psychometrically validated.

April 24, 2019