



SF-A

Código del centro:	<input type="text"/>	Fase actual	<input type="text"/>
Código del cliente	<input type="text"/>	F Primera sesión de terapia	<input type="text"/>
Nombre o código del psicoterapeuta	<input type="text"/>	D Durante terapia	
Fecha	<input type="text"/>	L Última sesión de terapia	
	<input type="text"/>	Sesión número	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	(primera sesión de terapia = 001)	
	A A A A M M D D		

## IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.

A continuación encontrará 18 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.

Después marque la casilla que mejor lo refleje.

### Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
2 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> W
3 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
4 He conseguido las cosas que quería	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
5 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
6 He tenido ganas de llorar	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> W
7 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
8 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
9 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> R
10 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
11 Me he sentido criticada por los demás	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
12 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> F
13 Me he sentido infeliz	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
14 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> F
15 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> W
16 He sentido pánico o terror	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> P
17 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> W
18 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="text"/> 0	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> R

### Puntuación total

### Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R