



**Uso profesional**

Código del centro:

Código del cliente:

Nombre o código del psicoterapeuta:

Fecha:

A A A A M M D D

Edad:

Mujer

Hombre

**Fase actual**

S Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

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

A continuación encontrará 10 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
1 Me he sentido tenso, ansioso o nervioso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 Me he sentido desesperado o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Puntuación total\***

**Procedimiento:** Sumar las puntuaciones de los ítems y dividir las por el número de ítems respondidos para obtener la media. Para obtener la Puntuación Clínica multiplicar por 10. Si se responden menos de nueve ítems, dicha puntuación debería utilizarse con cautela.

**Método rápido** en el caso que se respondan la totalidad de los 10 ítems: Simplemente sumar las puntuaciones para obtener la Puntuación Clínica.

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO**