|  |
| --- |
| Nombre del Cliente:  Fecha:  Últimos 4 SSN: |

**PCL-5**

**Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:** | Nada  **0** | Un poco  **1** | **Moderadamente**  **2** | Bastante  **3** | **Extremadamente**  **4** |
| 1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante? |  |  |  |  |  |
| 2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante? |  |  |  |  |  |
| 3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)? |  |  |  |  |  |
| 4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante? |  |  |  |  |  |
| 5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)? |  |  |  |  |  |
| 6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante? |  |  |  |  |  |
| 7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)? |  |  |  |  |  |
| 8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante? |  |  |  |  |  |
| 9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)? |  |  |  |  |  |
| 10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta? |  |  |  |  |  |
| 11.. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza? |  |  |  |  |  |
| 12 pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba? |  |  |  |  |  |
| 13. sentirse distante o enajenado de otras personas? |  |  |  |  |  |
| 14 dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)? |  |  |  |  |  |
| 15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente? |  |  |  |  |  |
| 16 tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño? |  |  |  |  |  |
| 17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia? |  |  |  |  |  |
| 18.. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente? |  |  |  |  |  |
| 19. tener dificultad para concentrarse? |  |  |  |  |  |
| 20.. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño? |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Nombre del Cliente:  Fecha:  Últimos 4 SSN: |

**PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Por favor círculo su repuesta)** | | **Not at all**  **0** | | **Several days**  **1** | | | **More than half the days**  **2** | | **Nearly every day**  **3** |
| 1 | Poco interés o placer en hacer cosas | |  | |  |  | |  | |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | | |  | |  |  | |  | |
| 3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | | |  | |  |  | |  | |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | | |  | |  |  | |  | |
| 5. Sin apetito o ha comido en exceso | | |  | |  |  | |  | |
| 6 Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | | |  | |  |  | |  | |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | | |  | |  |  | |  | |
| 8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | | |  | |  |  | |  | |
| 9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | | |  | |  |  | |  | |

**FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_\_**

**=Total Score: \_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? | | | |
| **No ha sido difícil** | **Un poco difícil** | **Muy difícil** | **Extremadamente difícil** |

**Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.**

|  |
| --- |
| Nombre del Cliente:  Fecha:  Últimos 4 SSN: |

**GAD-7 Anxiety**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? | Nunca  0 | Varios  días  1 | Más de la mitad de los días  2 | Casi todos los días  3 |
| Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios  de punta |  |  |  |  |
| No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación |  |  |  |  |
| Preocuparse demasiado por diferentes cosas |  |  |  |  |
| Dificultad para relajarse |  |  |  |  |
| Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente |  |  |  |  |
| Molestarse o ponerse irritable fácilmente |  |  |  |  |
| Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar |  |  |  |  |

Column totals \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

= Total score \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? | | | |
| **No ha sido difícil** | **Un poco difícil** | **Muy difícil** | **Extremadamente difícil** |

Source: Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD-PHQ). The PHQ was developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues. For research information, contact Dr. Spitzer at ris8@columbia.edu. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission

**Scoring GAD-7 Anxiety Severity**

This is calculated by assigning scores of 0, 1, 2, and 3 to the response categories, respectively, of “not at all,” “several days,” “more than half the days,” and “nearly every day.” GAD-7 total score for the seven items ranges from 0 to 21.

0–4: minimal anxiety

5–9: mild anxiety

10–14: moderate anxiety

15–21: severe anxiety