|  |
| --- |
| 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? | Nunca0 | Varios días 1 | Más de la mitad de los días2 | Casi todos los días 3 |
| Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nerviosde 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