

Nombre: _____

Fecha: _____

KRIST SAMARITAN COUNSELING CENTER

Cuestionario de Síntomas de Adultos

En las últimas *2 semanas*, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse bajo, deprimido o desesperanzado.				
Poco interés o placer en hacer las cosas.				

En las últimas *2 semanas*, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días.	Casi todos los días
Sentirse nervioso y ansioso.				
No poder parar o controlar la preocupación.				

Las siguientes preguntas se relacionan con sus experiencias en los *últimos 6 meses*.

	Si	No
¿Alguna vez tuvo un hechizo o un ataque cuando de repente se sintió asustado, ansioso o muy inquieto?		
¿Alguna vez tuvo un hechizo o un ataque cuando, sin ninguna razón, su corazón comenzó a acelerarse de repente, se sintió mareado o no pudo respirar?		
¿Alguno de estos hechizos o ataques sucedió alguna vez en una situación en la que usted no estuvo en peligro o no fue el centro de atención?		

Por favor responda al grado en que los siguientes problemas lo hayan molestado durante la semana pasada.

	De ningún modo	Un poco	Algùn tanto	Mucho	Extremadamente
El miedo a la vergüenza hace que evite hacer cosas o hablar con la gente.					
Evito las actividades en las que soy el centro de atención.					
Estar avergonzado o parecer estúpido es uno de mis peores temores.					

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

	Si	No
¿Ha experimentado alguno de los siguientes eventos traumáticos: desastre natural (e.g., inundación, huracán, tornado, terremoto); incendio, explosión, o accidente industrial; accidente de transporte (e.g., accidente automovilístico, accidente aéreo);		

asalto físico (e.g., siendo atacado, golpeado); agresión sexual (por ejemplo, violación, intento de tasa, hecho para realizar cualquier tipo de acto sexual a través de la fuerza o amenaza de daño); cautiverio o exposición a una zona de guerra; enfermedad o lesión que amenaza la vida; muerte repentina e inesperada o lesión de alguien cercano a usted; o lesiones graves, daños o muerte a otra persona que usted haya sido testigo o causo?		
¿Este evento ha causado problemas o síntomas importantes que duraron más de un mes?		

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

¿Alguna vez ha habido un período de tiempo en el que no se sentía a usted mismo y ...	Si	No
... ¿Te sentiste tan bien o hiper que otras personas pensaron que no eras tu yo normal o que estabas tan hiperactivo que te metiste en problemas?		
¿Estabas tan irritable que gritaste a la gente o comenzaste peleas o discusiones?		
...te sentiste con mas auto-confianza que normalmente antes has sentido.		
... dormiste mucho menos de lo normal y descubriste que realmente no te lo perdiste?		
... usted fue mucho más hablador o habló mucho más rápido de lo normal?		
... los pensamientos corrieron por tu cabeza o no pudiste ralentizar tu mente?		
... ¿Se distrajo tan fácilmente con las cosas que lo rodean que tuvo problemas para concentrarse o mantenerse concentrado?		
... tenías mucha más energía de lo normal?		
.. fuiste mucho más activo o hiciste muchas más cosas de lo habitual?		
... usted era mucho más sociable o sociable de lo normal, por ejemplo, ¿llamó por teléfono a amigos en medio de la noche?		
... ¿Estabas mucho más interesado en el sexo que de costumbre?		
... ¿Hiciste cosas que eran inusuales para ti o que otras personas podrían haber pensado que eran excesivas, insensatas o arriesgadas?		
... gastar dinero te tiene a ti oa tu familia en problemas?		

Las siguientes preguntas se relacionan con sus hábitos alimenticios.

	Si	No
When you eat, do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?		
Do you ever worry that you have lost control over how much you eat?		
Have you recently lost more than 14 pounds in a 3 month period?		
Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?		
Would you say that food dominates your life?		

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

	Si	No
¿Alguna vez te ha molestado tener que realizar algún ritual o acto una y otra vez que no tiene sentido?		

Las siguientes preguntas se relacionan con su consumo de alcohol y sustancias:

	Nunca	Mensual o menos	2-4 veces al mes	2-3 veces a la semana	4+ veces a la semana
¿Con qué frecuencia tomas un trago de alcohol?					

	1-2	3-4	5-6	7-9	10 o mas
¿Cuántas bebidas que contienen alcohol en un día típico cuando estás bebiendo?					
	Nunca	Mensual o menos	Mensual	Semanal	Diario o casi diario
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas en una ocasión?					

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

	Si	No
En el último año, ¿ha usado una droga ilegal o ha usado un medicamento recetado por razones no médicas?		

Responda las preguntas a continuación y califíquese según cada uno de los criterios que se muestran utilizando la escala proporcionada. A medida que responde cada pregunta, seleccione la opción que mejor describa cómo se sintió y cómo se comportó durante los *últimos 6 meses*

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con Frecuencia	Muy Frecuentemente
¿Con qué frecuencia tiene problemas para resumir los detalles finales de un proyecto una vez que se han realizado las partes difíciles?					
¿Con qué frecuencia tiene dificultades para poner las cosas en orden cuando tiene que hacer una tarea que requiere organización?					
¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?					
Cuando tiene una tarea que requiere mucha reflexión, ¿con qué frecuencia evita o retrasa el inicio?					
¿Con qué frecuencia se agita o se retuerce con las manos o los pies cuando tiene que sentarse durante mucho tiempo?					
¿Con qué frecuencia te sientes demasiado activo y obligado a hacer cosas, como si fueras conducido por un motor?					

Las preguntas enumeradas a continuación se relacionan con sus pensamientos y sentimientos. Si la forma en que ha estado en las últimas semanas o meses difiere de la forma en que normalmente lo es, responda según cuándo te sentias normal.

	Si	No
¿Encuentras que la mayoría de las personas se aprovecharán de ti si les dejas saber demasiado sobre ti?		

¿En general te sientes nervioso o ansioso alrededor de las personas?		
¿Evitas situaciones donde tienes que conocer gente nueva?		
¿Evitas llegar a conocer gente porque te preocupa que no les agrades?		
¿El hecho de evitar conocer a otras personas por temor a que no les gusten ha afectado la cantidad de amigos que tiene?		
¿Sigues cambiando la forma en que te presentas ante las personas porque no sabes quién eres realmente?		
¿A menudo sientes que tus creencias cambian tanto que ya no sabes lo que realmente crees?		
¿A menudo se enoja o se irrita porque las personas no reconocen sus talentos o logros especiales tanto como deberían?		

Por favor responda a cada pregunta lo mejor que pueda.

	Si	No
¿Ha tenido alguna experiencia inusual, como escuchar voces, ver visiones o tener ideas que luego descubrió que no eran ciertas?		
¿Ha tenido alguna otra experiencia como lectura de la mente, ESP, pensamientos controlados por otros o viendo cosas en la televisión que se refieran a usted específicamente?		

Solo uso clínico

1 = positive 0 = negative -1 = not enough questions were answered to determine a result

Dep = _____
 GAD = _____
 Panic = _____
 SAD = _____
 OCD = _____
 PTSD = _____
 BD = _____
 ED = _____
 Alch = _____
 DA = _____
 ADHD = _____
 PD = _____
 Sch = _____