

Estimada paciente, estimado paciente:

Rellenando este pequeño cuestionario usted me puede ayudar a llegar a una primera evaluación de su situación y los posibles temas para nuestra conversación. Muchas gracias. A lo mejor prefiere hablar conmigo antes, entonces podrá rellenar el cuestionario más tarde sin ningún problema. Puede dar más información sobre sí mismo y sus problemas en el dorso de la hoja si así lo desea.

**¿En qué medida se ve afectado por las siguientes molestias y síntomas? Por favor marque con una cruz.**

|   | No me afecta | Me afecta un poco | Me afecta mucho |
|---|--------------|-------------------|-----------------|
| Abatimiento/irritabilidad                 |              |                   |                 |
| Falta de interés                          |              |                   |                 |
| Agotamiento                               |              |                   |                 |
| Falta de ánimo                            |              |                   |                 |
| Pensar mal de sí mismo                    |              |                   |                 |
| Problemas de concentración/memoria        |              |                   |                 |
| Ansiedad/miedos/compulsiones              |              |                   |                 |
| Preocupaciones y pensamientos recurrentes |              |                   |                 |
| Recuerdos dolorosos                       |              |                   |                 |
| Escuchar voces, alucinaciones             |              |                   |                 |
| Dolores                                   |              |                   |                 |
| Dormir mal                                |              |                   |                 |
| Problemas digestivos/náuseas              |              |                   |                 |
| Otros:                                    |              |                   |                 |

**¿En qué ámbitos de su vida tiene dificultades?**

|  | ninguna dificultad | algunas dificultades | graves dificultades |
|--|--------------------|----------------------|---------------------|
| Familia                                      |                    |                      |                     |
| Pareja                                       |                    |                      |                     |
| Relaciones/contactos con otras personas      |                    |                      |                     |
| Trabajo/formación                            |                    |                      |                     |
| Ocio   |                    |                      |                     |
| Hogar/casa                                   |                    |                      |                     |
| Situación económica                          |                    |                      |                     |
| Policía/justicia                             |                    |                      |                     |
| Salud  |                    |                      |                     |
| Alimentación                                 |                    |                      |                     |
| Consumo de estimulantes/sustancias adictivas |                    |                      |                     |
| Otros:                                       |                    |                      |                     |

**Por favor, termine las frases siguientes:**

Mi problema más grave es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo que me espero sobre todo de una terapia es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_