

## Medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM-5 autoevaluadas--Adulto

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer Fecha: \_\_\_\_\_

Si la medida se completa por un informante ¿Cuál es su relación con el individuo? \_\_\_\_\_

En una semana típica ¿Cuánto tiempo aproximadamente pasa con el individuo? \_\_\_\_\_ horas/semana

**Instrucciones:** Las preguntas siguientes hacen referencia a cosas que podrían haberle hecho sentir mal. Por cada pregunta, señale el número que mejor describa hasta qué punto (o con qué frecuencia) se ha sentido mal durante las **últimas DOS (2) SEMANAS**.

	Durante las últimas <b>DOS (2) SEMANAS</b> ¿hasta qué punto (o con qué frecuencia) se ha sentido mal por los siguientes problemas?	<b>Nada</b> En ningún momento	<b>Algo</b> Raro, menos de un día o dos	<b>Leve</b> Varios días	<b>Moderado</b> Mas de la mitad de los días	<b>Grave</b> Casi cada día	<b>Puntuación más alto del dominio</b> (clínico)
I.	1. ¿Poco interés o satisfacción en hacer cosas?	0	1	2	3	4	
	2. ¿Sentirse bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado?	0	1	2	3	4	
II.	3. ¿Sentirse más irritado, malhumorado o enfadado que normalmente?	0	1	2	3	4	
III.	4. ¿Dormir menos de lo normal pero todavía con mucha energía?	0	1	2	3	4	
	5. ¿Empezar más proyectos de lo normal o hacer cosas más arriesgadas de lo normal?	0	1	2	3	4	
IV.	6. ¿Sentir nervioso, ansioso, preocupado o al límite?	0	1	2	3	4	
	7. ¿Sentir pánico o estar atemorizado?	0	1	2	3	4	
	8. ¿Evitar situaciones que le ponen nervioso?	0	1	2	3	4	
V.	9. ¿Dolores o molestias inexplicados (p. ej., cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)	0	1	2	3	4	
	10. ¿Sentir que sus enfermedades no se toman lo suficientemente en serio?	0	1	2	3	4	
VI.	11. ¿Tener pensamiento de dañarse a sí mismo?	0	1	2	3	4	
VII.	12. ¿Oír cosas que otras personas no podrían oír, como voces, incluso cuando no hay nadie alrededor?	0	1	2	3	4	
	13. ¿Sentir que alguien podría oír sus pensamientos o que usted podría escuchar lo que otras personas estaban pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. ¿Problemas de sueño que afectan a su calidad de sueño en general?	0	1	2	3	4	
IX.	15. ¿Problemas con la memoria (p. ej., aprender nueva información o con la ubicación (p. ej., encontrar el camino a casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16. ¿Pensamientos desagradables, necesidades urgentes o imágenes repetidas en su cabeza?	0	1	2	3	4	
	17. ¿Sentir impulsado a realizar ciertos comportamientos	0	1	2	3	4	
XI.	18. ¿Sentirse indiferente o distanciado de sí mismo, de su cuerpo, de lo que le rodea, o de sus recuerdos?	0	1	2	3	4	

XII.	19. ¿No saber quien en realmente o que es lo que quiere de la vida?	0	1	2	3	4	
	20. ¿No sentirse cercano a otras personas o no disfrutar de sus relaciones con ellas?	0	1	2	3	4	
XII.	21. ¿Tomar al menos cuatro bebidas de cuatro bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día?	0	1	2	3	4	
	22. ¿Fumar cigarrillos puros o en pipa, o usar tabaco en polvo, o masticar tabaco?	0	1	2	3	4	
	23. ¿Usar de las medicinas siguientes A SU MANER, esto es, sin la prescripción de un médico, en mayores cantidades o mas tiempo de lo prescrito [p. ej., analgésicos (como Termalgin codeína) estimulantes (como Rubifen), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir o Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de diseño (como el éxtasis), alucinógenos (como el LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como el pegamento) o metanfetamina (como el speed)]?	0	1	2	3	4	