Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

Escala de Disforia de Género de Utrecht (Hombre a Mujer)

Instrucciones: A continuación, se muestra una serie de declaraciones con las que puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Por favor, sea lo más abierto y honesto posible en su respuesta como en lo que siente acerca de cada declaración y marque su selección con una X.

	Completamente de acuerdo	Algo de acuerdo	Neutral	Algo en desacuerdo	Completamente en desacuerdo
1) Mi vida no tendría sentido si tuviera que vivir como un niño (hombre).					
2) Cada vez que alguien me trata como a un niño (hombre) me siento herido.					
3) Me siento infeliz si alguien me llama niño (hombre).					
4) Me siento infeliz porque tengo un cuerpo masculino.					
5) La idea de que siempre seré un niño (hombre) me da una sensación de hundimiento.					
6) Me odio porque soy un niño (hombre).					
7) Me siento incómodo comportándose como un niño (hombre) siempre y en todas partes.					
8) Sólo como una chica (mujer) mi vida valdría la pena vivir.					
9) No me gusta orinar en posición de pie.					
10) Estoy insatisfecho con mi crecimiento de la barba porque me hace ver como un niño (hombre).					
11) No me gusta tener erecciones.					
12) Sería mejor no vivir que vivir como un niño (hombre).					

Puntuación total: _____

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

Cuestionario de Identidad de Género/Disforia de Gébero para Adolescentes y Adultos (Versión Hombre a Mujer)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de preguntas sobre sus sentimientos de los últimos 12 meses. Por favor, sea lo más abierto y honesto posible en su respuesta como en cuanto a la frecuencia con la que le sucede cada pregunta y marque su selección con una X.

En los últimos 12 meses...	Siempre (1)	Frecuente-mente (2)	A veces (3)	Raramente (4)	Nunca (5)
1) ¿Te has sentido satisfecho de ser un hombre?					
2) ¿Te has sentido inseguro acerca de tu género, es decir, sentirte en algún lugar entre un hombre y una mujer?					
3) ¿Te has sentido presionado por otros para ser un hombre, aunque realmente no te sientas como uno?					
4) ¿Has sentido, a diferencia de la mayoría de los hombres, que tienes que trabajar para ser un hombre?					
5) ¿Has sentido que no eras un hombre de verdad?					
6) ¿Has sentido, dado lo que realmente eres (por ejemplo, lo que te gusta hacer, cómo actúas con otras personas), que sería mejor para ti vivir como mujer en lugar de como un hombre?					
7) ¿Has tenido sueños en los que eras mujer?					
8) ¿Te has sentido infeliz por ser un hombre?					
9) ¿Te has sentido inseguro acerca de ti mismo, a veces sintiéndote más como una mujer y a veces sintiéndote más como un hombre?					
10) ¿Te has sentido más como una mujer que como un hombre?					
11) ¿Has sentido que no tenías nada en común ni con mujeres ni con hombres?					
12) ¿Le ha molestado verse identificado como varón o tener que marcar la casilla "M" para el hombre en los formularios oficiales (por ejemplo, solicitudes de empleo, licencia de conducir, pasaporte)?					
13) ¿Se ha sentido cómodo al usar baños para hombres en lugares públicos?					
14) ¿Te han tratado extraños como a una mujer?					
15) En casa, ¿las personas que conoces, como amigos y parientes, te han tratado como una mujer?					
16) ¿Has tenido el deseo o el deseo de ser mujer?					

17) En casa, ¿te has vestido y actuado como mujer?					
18) En fiestas u otras reuniones sociales, ¿se ha presentado como mujer?					
19) En el trabajo o en la escuela, ¿se ha presentado como una mujer?					
20) ¿No te ha gustado tu cuerpo porque es masculino? (por ejemplo, tener un pene o tener pelo en el pecho, los brazos y las piernas)?					
21) ¿Ha deseado tener tratamiento hormonal para convertir su cuerpo en el de una mujer?					
22) ¿Ha deseado hacer una operación para cambiar su cuerpo en el de una mujer (por ejemplo, para que le extirpen el pene o que le hagan una vagina)?					
23) ¿Ha hecho un esfuerzo para cambiar su sexo legal (por ejemplo, con una licencia de conducir o tarjeta de crédito?					
24) ¿Has pensado en ti mismo como un "hermafrodita" o un "intersexual" en lugar de como un hombre o una mujer?					
25) ¿Has pensado en ti mismo como una "persona transgénero"?					
26) ¿Has pensado en ti misma como una mujer?					
27) ¿Has pensado en ti mismo como un hombre?					

Puntuación Total:_____

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Scoring: All items are coded 1 to 5, except Items 1, 13 & 27 are reversed scored from 5 to 1. The total score is obtained by the sum score of the completed items divided by the number of marked items. The lower the score the higher the degree of Gender Dysphoria.

Nombre:_____ Fecha:___/___/____ MR:_____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *(Use "□" para indicar su respuesta)*	**No, para nada**	**Varios días**	**Durante más de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o desesperanzado/a	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comiendo en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/a fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que puede que otras personas se hayan dado cuenta? O lo opuesto — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING __0__ + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquier problema, ¿cuán difícil se le ha hecho realizar su trabajo, hacerse cargo de las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas, debido a estos problemas?

No ha sido difícil	**Algo difícil**	**Muy difícil**	**Extremadamente difícil**
□	□	□	□

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/____

GAD-7

Durante las <u>últimas dos (2) semanas</u>, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas? *(Use "□" para indicar su respuesta)*	Ninguna	Por varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)

Rango Severidad:

___ 0-4: Mínimo

___ 5-9: Leve

___ 10-14: Moderado

___ 15-21: Severo

Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colegas con una otorgación educativa de Pfizer, Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, desplegar o distribuir.

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha: ____/____/_____

CIDI Escala Cernimiento Trastorno Bipolar

	SI	NO
Pregunta Inicial Euforia: 1. Algunas personas experimentan periodos que duran varios días en donde se sienten mucho más excitados o llenos de energía de lo que es usual. Sus mentes pueden ir bien rápido. Pueden hablar mucho y acelerado. Se pueden sentir desesperados o inquietos sin poder quedarse quietos o pueden hacer cosas que suelen ser inusuales para ellos como conducir a exceso de velocidad o gastar mucho dinero. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo como este que dure por varios días o más? *Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, continúe a la Pregunta Inicial Irritabilidad.*		
Pregunta Inicial Irritabilidad: 2. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo que dure varios días o más en donde la mayoría del tiempo se sintió tan irritable o enojado/a que usted comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? *Si contesta Sí, saltar a la Pregunta Cernimiento Criterio B (3). Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.*		
Pregunta Cernimiento Criterio B: *3.* Las personas que han tenido episodios como estos con frecuencia demuestran cambios en su pensamiento y su comportamiento al mismo tiempo, como, por ejemplo, ser más hablador/a que lo usual, necesitan muy poco sueño, son bien inquietos, ir a gastar dinero desmedidamente, y comportarse de múltiples formas que normalmente uno entendería es inapropiado. Alguna vez usted ha tenido alguno de estos cambios mencionados durante sus episodios de sentirse bien excitado/a o lleno/a de energía o de sentirse bien irritable o enojado/a? Si *contesta Sí, continúe contestando el resto de las preguntas de la forma. Si contesta No, no tiene que contestar las siguientes preguntas.*		
Preguntas Síntomas Criterio B: Piense en un episodio en el que tuvo la mar cantidad de cambios como estos mencionados al mismo tiempo. Durante ese episodio, ¿cuál de los siguientes cambios experimentó?		
1. ¿Se sintió usted tan irritable que comenzó discusiones, le gritó o golpeó a otras personas? *Esta primera pregunta de síntomas se debe hacer solo cuando la pregunta inicial de euforia fue contestada con un Sí.*		
2. ¿Se tornó tan inquieto o intranquilo que tenía que moverse todo el tiempo sin poder parar?		
3. ¿Hizo alguna otra cosa que es inusual para usted – como hablar de cosas que normalmente mantendría en privado, o actuar de una manera que usted considera vergonzosa?		
4. ¿Intentó hacer cosas que eran imposibles de hacer, como el aceptar grandes cantidades de trabajo?		
5. ¿Estuvo constantemente cambiando sus planes o actividades a realizar?		
6. ¿Encontró difícil el poder mantener su mente concentrada en lo que estaba haciendo?		
7. ¿Le ocurrió que sus pensamientos saltaran de uno a otro, corriendo por su cabeza tan rápido que no podía mantener conciencia de ellos?		
8. ¿Durmió mucho menos de lo usual para usted sin que se sintiera cansado o con sueño?		
9. ¿Gastó mucho más dinero de lo usual que esto le causó problemas financieros?		

Firma Paciente:_____ Firma Clínico:_____

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS)

Versión Auto Reporte - Reciente

Nombre:_____ Fecha:___/___/___ MR:_____

	En el pasado mes	
Conteste las Preguntas 1 y 2.	**SÍ**	**NO**
1) ***¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?***		
2) ***¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?***		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6. Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6.		
3) ***¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?***		
4) ***¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?***		
5) ***¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?***		
	En los pasados 3 meses	
6) ***¿Ha hecho algo usted, comenzado a hacer algo o se has preparado para hacer algo para terminar su vida?***		
Ejemplos: Colectar píldoras, obtener una arma, regalar cosas de valor, escribir un testamento o carta de suicidio, sacado píldoras de la botella pero no las tragado, agarrar una arma pero ha cambiado de mente de usarla o alguien se la ha quitado de sus manos, ha subido al techo pero no ha saltado al vació; o realmente ha tomado píldoras, ha tratado de disparar una arma, se ha cortado, ha tratado de colgarse, etc.		
En su vida entera, ha realizado alguna de estas cosas?		

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/_____

Cuestionario AUDIT

Circula el número en paréntesis que más represente tu contestación a las siguientes preguntas..

1) ¿Con qué frecuencia ingiere usted alguna bebida alcohólica? *(Si contesta nunca, salte a las preguntas 9 y 10)*

(0) Nunca (1) 1 ves al mes (2) 2-4 veces al mes (3) 2-3 veces por semana (4) 4 o más veces por semana

2) ¿Cuántos tragos bebe usted en un día típico en que consume bebidas alcohólicas?

(0) 1-2 (1) 3-4 (2) 5-6 (3) 7-8 (4) 10 o más

3) ¿Con qué frecuencia toma usted más de 6 tragos en una sesión?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

4) Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha bebido seguido, sin poder detenerse, una vez que ha empezado a tomar?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

5) ¿Con qué frecuencia en el último año ha dejado de hacer lo que se espera de usted debido a la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

6) ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado tomar un trago por las mañanas para poder funcionar después de una severa sesión previa de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o con remordimiento después de beber?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

8) ¿Con qué frecuencia durante el último año No ha sido usted capaz de recordar lo que ocurrió la noche anterior a causa de la bebida?

(0) Nunca (1) Menos de 1 vez al mes (2) Mensual (3) Semanal (4) Diario o casi a diario

9) ¿Ha lastimado o herido a alguien por causa de su consume de alcohol?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

10) ¿Ha estado preocupado algún amigo, médico o cualquier otro trabajador de la salud por su consume de alcohol o le ha aconsejado reducirlo?

(0) No (2) Sí, pero no en el último año (3) Sí, durante el último año

Puntuación Total:_____

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:___/___/_____

Cuestionario de Cernimiento de Abuso de Drogas o Sustancias – DAST-10

Instrucciones: *Estas preguntas están referidas a los últimos doce meses. Marque con una X la contestación que más correcta sea para usted.*

Preguntas	Sí	No
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Usted abusa más de una droga a la vez?		
3. ¿Es usted capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido "pérdidas de conocimiento o memoria repentina" como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Alguna vez se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejo de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

Puntuación Total:_____

0 = No problemas reportados

1-2 = Nivel leve

3-5 = Nivel Moderado

6-8 = Nivel Severo

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre: _____ Fecha: __/__/____

Índice de Severidad de Insomnio (ISI)

El Índice de Severidad del Insomnio tiene siete preguntas. Las siete respuestas se suman para obtener una puntuación total. Cuando tenga su puntaje total, mire las 'Pautas para la puntuación/interpretación' a continuación para ver dónde encaja su dificultad para dormir.

Para cada pregunta, por favor ENCIERRE en un CÍRCULO el número que mejor describa su respuesta.

Por favor, califique la GRAVEDAD ACTUAL (es decir, ÚLTIMAS 2 SEMANAS) de su(s) problema(s) de insomnio.

Problema de Insomnio	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
1. Dificultad para dormirse	0	1	2	3	4
2. Dificultad para mantenerse dormido	0	1	2	3	4
3. Problema de levantarse muy temprano	0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan satisfecho / insatisfecho está con su patrón de sueño ACTUAL?

Muy Satisfecho	Satisfecho	Moderadamente Satisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
0	1	2	3	4

5. ¿Qué tan NOTABLE para los demás crees que es tu problema de sueño en términos de afectar la calidad de tu vida?

No es notable	Un poco	Considerablemente	Mucho	Extremadamente Notable
0	1	2	3	4

6. ¿Qué tan PREOCUPADO / ANGUSTIADO está acerca de su problema de sueño actual?

Nada Preocupado	Un Poco	Considerablemente	Mucho	Extremadamente Preocupado
0	1	2	3	4

7. ¿Hasta qué punto considera que su problema de sueño INTERFIERE con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga diurna, estado de ánimo, capacidad para funcionar en el trabajo / tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)? ¿ACTUALMENTE?

No Interfiere	Un Poco	Considerablemente	Mucho	Interfiere Extremadamente
0	1	2	3	4

Pautas para la puntuación/interpretación:

Suma las puntuaciones de los siete ítems (preguntas 1 + 2 + 3 + 4 + 5 +6 + 7) = _____ tu puntuación total.

Total de categorías de puntuación:

0–7 = Sin insomnio clínicamente significativo

8–14 = Insomnio suclinico (Gravedad Leve)

15–21 = Insomnio clínico (Gravedad Moderada)

22–28 = Insomnio clínico (Gravedad Severa)

Fírma del Psiquiatra: _____

Used via courtesy of www.myhealth.va.gov with permission from Charles M. Morin, Ph.D., Université Laval

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:_____/_____/_____

Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)

(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Instrucciones: Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con una **X** la alternativa elegida.

	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2. Creo que tengo algunas cualidades buenas.				
3. Generalmente me incline a pensar que soy un fracaso.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo.				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo.				
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

Puntuación Total:_____

Puntuaciones:
Para otorgar las puntuaciones, asigne un valor a cada una de las 10 aseveraciones de la siguiente manera:

- **Para los ítems 1, 2, 4, 6, 7:** Muy de acuerdo=3, De acuerdo=2, En desacuerdo=1, and Muy en desacuerdo=0.
- **Para los ítems 3, 5, 8, 9, 10**: Muy de acuerdo=0, De acuerdo=1, En desacuerdo=2, and Muy en desacuerdo=3.

La escala va en un rango de 0-30, con 30 indicando la puntuación más alta posible. Puntuaciones más altas indican una autoestima mayor. Puntuaciones por debajo de 15 indican baja autoestima.

Terapista:_____ Firma Terapista:_____

Nombre:_____ MR:_____ Fecha:____/____/_____

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)

Instrucciones: A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuán de acuerdo está con cada afirmación colocando el número correspondiente al elemento escogido. Por favor, sea abierto y honesto al responder.

7 – Totalmente de Acuerdo
6 – De acuerdo
5 – Ligeramente de Acuerdo
4 – Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo
3 – Ligeramente en Desacuerdo
2 – En Desacuerdo
1 – Totalmente en Desacuerdo

____ En la mayoría de las formas, mi vida se acerca a mí ideal.

____ Las condiciones de mi vida son excelentes.

____ Estoy satisfecho/a con mi vida.

____ Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida.

____ Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.

Puntuación Total:_____

Rango Severidad:

- 31 – 35: Extremadamente Satisfecho ____
- 26 – 30: Satisfecho ____
- 21 – 25: Levemente Satisfecho ____
- 20: Neutral ____
- 15 – 19: Levemente Insatisfecho ____
- 10 – 14: Insatisfecho ____
- 5 - 9: Extremadamente Insatisfecho ____

Reproducido con permiso de Ed Diener, Ph.D. Copyright © Ed Diener. Situado en el dominio público por Ed Diener.
Traducido y diseñado en Español por José A. Reyes-Torres, PsyD.

Terapista:_____ Firma Terapista:_____