**ESCALAS DE EVALUACIÓN INTEGRADAS**

**ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI) - VERSIÓN ABREVIADA**

*Instrucciones: A continuación se presentan grupos de afirmaciones. Por favor, lea cada grupo y elija la afirmación que mejor describa cómo se ha sentido durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, incluyendo el día de hoy.*

**1. Tristeza**

0 - No me siento triste 1 - Me siento triste gran parte del tiempo 2 - Me siento triste continuamente 3 - Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo

**2. Pesimismo**

0 - No estoy desanimado/a sobre mi futuro 1 - Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes 2 - No espero que las cosas mejoren 3 - Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán

**3. Fracaso**

0 - No me siento fracasado/a 1 - He fracasado más de lo que debería 2 - Cuando miro atrás, veo muchos fracasos 3 - Siento que como persona soy un completo fracaso

**4. Pérdida de placer**

0 - Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que disfruto 1 - No disfruto de las cosas tanto como antes 2 - Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar 3 - No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar

**5. Sentimientos de culpa**

0 - No me siento particularmente culpable 1 - Me siento culpable por muchas cosas que he hecho o debería haber hecho 2 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3 - Me siento culpable constantemente

**6. Sentimientos de castigo**

0 - No siento que esté siendo castigado/a 1 - Siento que puedo ser castigado/a 2 - Espero ser castigado/a 3 - Siento que estoy siendo castigado/a

**7. Insatisfacción con uno mismo**

0 - Siento lo mismo que antes sobre mí mismo/a 1 - He perdido confianza en mí mismo/a 2 - Estoy decepcionado/a conmigo mismo/a 3 - No me gusto

**8. Autocrítica**

0 - No me critico o me culpo más que antes 1 - Soy más crítico/a conmigo mismo/a de lo que solía ser 2 - Me critico por todas mis faltas 3 - Me culpo por todo lo malo que sucede

**9. Pensamientos de suicidio**

0 - No tengo ningún pensamiento de suicidio 1 - Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo 2 - Me gustaría suicidarme 3 - Me suicidaría si tuviera la oportunidad

**10. Llanto**

0 - No lloro más de lo que solía hacerlo 1 - Lloro más que antes 2 - Lloro por cualquier cosa 3 - Tengo ganas de llorar pero no puedo

**11. Agitación**

0 - No estoy más inquieto/a o tenso/a que de costumbre 1 - Me siento más inquieto/a o tenso/a que de costumbre 2 - Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me es difícil quedarme quieto/a 3 - Estoy tan inquieto/a o agitado/a que tengo que estar constantemente moviéndome o haciendo algo

**12. Pérdida de interés**

0 - No he perdido el interés en otras personas o actividades 1 - Estoy menos interesado/a en otras personas o cosas que antes 2 - He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o cosas 3 - Me resulta difícil interesarme en algo

**13. Indecisión**

0 - Tomo decisiones como siempre 1 - Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones 2 - Tengo mucha más dificultad que antes para tomar decisiones 3 - Tengo problemas para tomar cualquier decisión

**14. Inutilidad**

0 - No me siento inútil 1 - No me considero tan valioso/a y útil como antes 2 - Me siento inútil en comparación con otras personas 3 - Me siento completamente inútil

**15. Pérdida de energía**

0 - Tengo tanta energía como siempre 1 - Tengo menos energía de la que solía tener 2 - No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas 3 - No tengo suficiente energía para hacer nada

**16. Cambios en el patrón de sueño**

0 - No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño 1a - Duermo algo más de lo habitual 1b - Duermo algo menos de lo habitual 2a - Duermo mucho más de lo habitual 2b - Duermo mucho menos de lo habitual 3a - Duermo la mayor parte del día 3b - Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

0 - No estoy más irritable de lo habitual 1 - Estoy más irritable de lo habitual 2 - Estoy mucho más irritable de lo habitual 3 - Estoy irritable continuamente

**18. Cambios en el apetito**

0 - No he experimentado ningún cambio en mi apetito 1a - Mi apetito es algo menor de lo habitual 1b - Mi apetito es algo mayor de lo habitual 2a - Mi apetito es mucho menor que antes 2b - Mi apetito es mucho mayor que antes 3a - He perdido completamente el apetito 3b - Tengo ganas de comer continuamente

**19. Dificultad de concentración**

0 - Puedo concentrarme tan bien como siempre 1 - No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 - Me cuesta mantener la mente en algo durante mucho tiempo 3 - Encuentro que no puedo concentrarme en nada

**20. Cansancio o fatiga**

0 - No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre 1 - Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre 2 - Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas cosas que antes solía hacer 3 - Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer

**21. Pérdida de interés en el sexo**

0 - No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1 - Estoy menos interesado/a en el sexo de lo que solía estar 2 - Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora 3 - He perdido completamente el interés en el sexo

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_\_\_

**Interpretación:** 0-13: Depresión mínima 14-19: Depresión leve 20-28: Depresión moderada 29-63: Depresión grave

**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAMA) - VERSIÓN ABREVIADA**

*Instrucciones: A continuación se presentan varios síntomas de ansiedad. Por favor, indique la intensidad con que ha sufrido cada uno de ellos durante los ÚLTIMOS 7 DÍAS.*

**Escala:** 0 = Ausente, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave, 4 = Muy grave/Incapacitante

1. Estado ansioso: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
2. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
3. Miedos: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar, pesadillas, terrores nocturnos 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
5. Funciones intelectuales: Dificultad de concentración, mala memoria 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
6. Humor depresivo: Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar anticipado, variaciones anímicas a lo largo del día 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
7. Síntomas somáticos generales (musculares): Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz poco firme 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales): Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades digestivas, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno o gases, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos, diarrea, estreñimiento 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, urgencia de la micción, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, horripilación 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]
14. Comportamiento durante la entrevista: Tenso, incómodo, agitación nerviosa, temblor de manos, ceño fruncido, rostro tenso, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución, etc. 0 [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ]

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_\_\_

**Interpretación:** 0-5: No ansiedad 6-14: Ansiedad leve 15-30: Ansiedad moderada 31-56: Ansiedad grave

**ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS (WHOQOL-BREF) - VERSIÓN ABREVIADA**

*Instrucciones: Este cuestionario evalúa cómo se siente acerca de su calidad de vida, salud, y otras áreas de su vida. Por favor, responda todas las preguntas. Si no está seguro/a sobre qué respuesta dar, por favor elija la que le parezca más apropiada.*

**Escala:** 1 = Muy mal/Muy insatisfecho/Nada, 2 = Mal/Insatisfecho/Un poco, 3 = Normal/Lo normal/Moderadamente, 4 = Bastante bien/Bastante satisfecho/Bastante, 5 = Muy bien/Muy satisfecho/Extremadamente

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
2. ¿Cuán satisfecho/a está con su salud? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
5. ¿Cuánto disfruta de la vida? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
21. ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
22. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
23. ¿Cuán satisfecho/a está con las condiciones del lugar donde vive? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
25. ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ]

**Puntuación por dominios:**

* Dominio físico (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18): \_\_\_\_\_\_\_
* Dominio psicológico (ítems 5, 6, 7, 11, 19, 26): \_\_\_\_\_\_\_
* Relaciones sociales (ítems 20, 21, 22): \_\_\_\_\_\_\_
* Ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25): \_\_\_\_\_\_\_
* Calidad de vida general (ítems 1, 2): \_\_\_\_\_\_\_

**Interpretación:** Mayores puntuaciones indican mejor calidad de vida. Los resultados se transforman a una escala de 0-100 para cada dominio.

**ESCALA DE FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL (PSP)**

*Instrucciones: Esta escala evalúa el funcionamiento del paciente en cuatro áreas principales durante el último mes. Marque la gravedad de las dificultades para cada área.*

**Escala de gravedad:** 1 = Ausente 2 = Leve 3 = Manifiesta 4 = Marcada 5 = Grave 6 = Muy grave

**A. Autocuidado**

Incluye higiene personal, apariencia, alimentación, sueño, salud física. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B. Actividades sociales habituales**

Incluye trabajo, estudio, tareas domésticas, actividades de tiempo libre. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C. Relaciones personales y sociales**

Incluye relaciones con pareja, familia, amigos y comunidad. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**D. Comportamientos perturbadores y agresivos**

Incluye comportamientos inapropiados, agresividad, impulsividad. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Puntuación global PSP:** \_\_\_\_\_\_\_ (0-100)

**Interpretación:** 91-100: Funcionamiento excelente 81-90: Buen funcionamiento 71-80: Dificultades leves 61-70: Dificultades manifiestas 51-60: Dificultades marcadas 31-50: Dificultades graves 0-30: Funcionamiento tan pobre que necesita apoyo intensivo

**ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (CGI)**

**CGI-S (Gravedad)**

*¿Cuál es la gravedad de la enfermedad del paciente en este momento?*

[ ] 1 = No está enfermo [ ] 2 = Dudosamente enfermo [ ] 3 = Levemente enfermo [ ] 4 = Moderadamente enfermo [ ] 5 = Marcadamente enfermo [ ] 6 = Gravemente enfermo [ ] 7 = Entre los pacientes más extremadamente enfermos

**CGI-I (Mejoría)**

*¿Cuánto ha cambiado el paciente desde la evaluación inicial?*

[ ] 1 = Mucho mejor [ ] 2 = Moderadamente mejor [ ] 3 = Levemente mejor [ ] 4 = Sin cambios [ ] 5 = Levemente peor [ ] 6 = Moderadamente peor [ ] 7 = Mucho peor

**ESCALA DE ALIANZA TERAPÉUTICA (WAI) - VERSIÓN ABREVIADA**

*Instrucciones: A continuación encontrará frases que describen algunas formas en que una persona puede pensar o sentir acerca de su terapeuta. Por favor, reflexione sobre nuestra relación y utilice la siguiente escala para indicar hasta qué punto está de acuerdo con cada frase.*

**Escala:** 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Ocasionalmente, 4 = A veces, 5 = A menudo, 6 = Muy a menudo, 7 = Siempre

1. Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre lo que necesito hacer en terapia para ayudar a mejorar mi situación. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
2. Lo que hago en terapia me permite ver mi problema de nuevas maneras. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
3. Creo que le agrado a mi terapeuta. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
4. Mi terapeuta no entiende lo que estoy tratando de conseguir en terapia. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
5. Tengo confianza en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
6. Mi terapeuta y yo trabajamos hacia metas que ambos acordamos. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
7. Siento que mi terapeuta me aprecia. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
8. Estamos de acuerdo en lo que es importante trabajar para mí. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
9. Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
10. Mi terapeuta y yo tenemos diferentes ideas sobre cuáles son mis problemas. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
11. Hemos establecido un buen entendimiento sobre los cambios que serían buenos para mí. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]
12. Creo que la forma en que estamos trabajando con mi problema es correcta. 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ]

**Puntuación total:** \_\_\_\_\_\_\_ (suma de todos los ítems, invirtiendo los ítems 4 y 10)

**Subescalas:**

* Vínculo (ítems 3, 5, 7, 9): \_\_\_\_\_\_\_
* Tareas (ítems 1, 2, 8, 12): \_\_\_\_\_\_\_
* Objetivos (ítems 4, 6, 10, 11): \_\_\_\_\_\_\_ (invertir 4 y 10)

**Interpretación:** Puntuaciones más altas indican una mejor alianza terapéutica. Una puntuación total superior a 60 refleja una buena alianza.