

TCU PSYFORM

ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO (1)	NO ESTOY DE ACUERDO (2)	NO ESTOY SEGURO (3)	ESTOY DE ACUERDO (4)	ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO (5)
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

POR FAVOR INDIQUE CUÁNTO ESTÁ DE ACUERDO O NO ESTÁ DE ACUERDO CON CADA AFIRMACIÓN

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. A usted le cuesta trabajo dormir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Usted tiene mucho de qué estar orgulloso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Usted toma en consideración cómo sus acciones afectarían a otras personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Usted planifica por adelantado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Usted siente interés en la vida. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Usted se siente que es un fracaso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. A usted le cuesta trabajo concentrarse o recordar cosas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Usted teme ciertas cosas tal como ascensores, los gentíos o salir solo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Usted se siente ansioso o nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Usted quisiera tenerse mas respeto a sí mismo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Es probable que usted sienta la necesidad de usar drogas en los próximos meses. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Usted se siente triste o deprimido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Usted piensa en los probables resultados de sus acciones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Client ID#	Today's Date	Facility ID#	Zip Code	Administration
------------	--------------	--------------	----------	----------------

ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO <i>(1)</i>	NO ESTOY DE ACUERDO <i>(2)</i>	NO ESTOY SEGURO <i>(3)</i>	ESTOY DE ACUERDO <i>(4)</i>	ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO <i>(5)</i>
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14. Usted se siente muy cansado o agotado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. A usted le cuesta trabajo mantenerse quieto por largo rato. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Usted piensa en la causa de sus problemas actuales. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Es probable que usted tome tragos alcohólicos en los próximos meses. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Usted considera varias soluciones para resolver un problema. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Usted se siente que básicamente no es bueno para nada. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Usted se preocupa o se pone melancólico a menudo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. A usted le cuesta trabajo tomar decisiones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Usted se siente desanimado acerca del futuro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Usted toma buenas decisiones. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Es probable que usted sufra una recaída en los próximos meses. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Por lo general, usted está satisfecho consigo mismo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Usted toma decisiones sin pensar en las consecuencias. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Por favor marque "No Estoy de Acuerdo" como respuesta a esta pregunta. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Client ID#	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Today's Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Facility ID#	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Zip Code	<input type="text"/> <input type="text"/> Administration
---	---	---	---	---

ESTOY TOTALMENTE EN DESACUERDO <i>(1)</i>	NO ESTOY DE ACUERDO <i>(2)</i>	NO ESTOY SEGURO <i>(3)</i>	ESTOY DE ACUERDO <i>(4)</i>	ESTOY TOTALMENTE DE ACUERDO <i>(5)</i>
--	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

- 28. Usted se siente tenso o agitado.
- 29. Usted siente que no le es importante a otras personas.
- 30. Usted siente tensión o tirantez en sus músculos.
- 31. Es probable que se le dificulte dejar de usar drogas.
- 32. Usted siente soledad.
- 33. Al analizar problemas, usted toma en consideración todas sus opciones.