

# CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PARA PSICOTERAPIA (1/01)

## CEP (PAC)

Programa de Investigación en Psicoterapia de la Escuela de Medicina de Harvard, Leigh McCullough Ph.D.  
Traducido del Inglés por Enrique de-Urquiza, Ph.D. y Lola Fatas, Lic.

<b>Datos personales</b>	
Nombre _____	Fecha _____
Dirección _____	Edad _____ DOB ____/____/____ Sexo M F
_____	Tfno (____) _____
_____	Ocupación _____
_____	Tfno (Trabajo) (____) _____
Años de Escolarización _____ Estado Civil _____	Seguro Médico. _____
Vive con _____	Ins. Group # _____
Ocupación de su pareja/ esposo/a _____	N°. de Hijos _____ Edades _____
Persona de contacto en caso de emergencia _____	Tfno (____) _____
Dirección _____	Su relación con usted _____

**MOTIVO DE CONSULTA: Por favor, enumere los principales problemas para los que le gustaría tener ayuda en psicoterapia, y déles una puntuación usando la escala que aparece a continuación:**

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----	6 -----	7 -----	8 -----	9 -----	10	
Nada grave	Algo Grave	Bastante grave	Muy Grave	No podría ser peor						<b>PUNTUACIÓN</b>
1. _____										_____
2. _____										_____
3. _____										_____

**Describe brevemente qué ha sido lo que le ha hecho decidirse a buscar ayuda terapéutica en esta ocasión (justo ahora, y no en el pasado o en el futuro) :**

\_\_\_\_\_

(Si necesita más espacio para sus respuestas, puede usar esta página por detrás, u otra hoja adicional)

**(Eje III) PROBLEMAS DE SALUD: ¿Tiene usted algún problema grave de salud? (Si es así, descríbalos)..... No Sí**

---

**Problemas:** Dolor de cabeza \_\_\_ Problemas digestivos \_\_\_ Diarrea \_\_\_ Estreñimiento \_\_\_ Problemas de circulación \_\_\_ Le cuesta respirar \_\_\_ Orina con mucha frecuencia \_\_\_ Dolores corporales \_\_\_ Problemas menstruales \_\_\_

**En general, ¿qué puntuación daría usted a su Salud? Excelente \_\_\_ Buena \_\_\_ Pasable \_\_\_ Mala \_\_\_**

**Por favor, escriba todos los medicamentos que usted toma:** \_\_\_\_\_

**Durante el año pasado, cuántas veces:** Consultó o visitó a un médico \_\_\_ Días que pasó enfermo/a \_\_\_ Cigarrillos diarios \_\_\_ Cervezas/ Copas de alcohol al día \_\_\_ Sesiones de Psicoterapia \_\_\_

**¿Cuántas personas de su familia (ponga un número) tienen?:** Problemas de Alcohol/Drogas \_\_\_ Problemas psiquiátricos (p.ej. Depresión, Psicosis) \_\_\_\_\_

**(Eje IV) SITUACIONES ESTRESANTES ACTUALES:** Legales \_\_\_\_ Económicas \_\_\_\_ Problemas Familiares \_\_\_\_  
 Enfermos en la familia \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
 ¿Sufre usted malos tratos físicos y/o psíquicos? No \_\_ A veces \_\_ Sí \_\_  
 ¿Ha sufrido usted alguna pérdida recientemente? (empleo, algún familiar o amistad, cambios importantes o difíciles en su vida) \_\_\_\_\_

**Eje V: Autoevaluación del Funcionamiento**

<b>FUNCIONAMIENTO DIARIO: Por favor, haga una estimación aproximada de cuántas <u>horas a la semana</u> pasa usted haciendo estas cosas <u>en una semana corriente</u>:</b>	<b>FUNCIONAMIENTO VITAL: Por favor, marque los mejores y los peores momentos de su vida:</b>			
	<u>Edad</u>	<u>Mejores</u>	<u>Normales</u>	<u>Peores</u>
Trabajando .....	0-5	_____	_____	_____
Cuidando a sus hijos o a otras personas .....	6-12	_____	_____	_____
Tareas domésticas, facturas, etc. ....	13-19	_____	_____	_____
Viendo la televisión .....	20-29	_____	_____	_____
Haciendo deporte o algún tipo de ejercicio físico .....	30-39	_____	_____	_____
Hobbies (manualidades, música, baile, lectura, etc.)...	40-49	_____	_____	_____
Con los amigos o con la familia .....	50-59	_____	_____	_____
Actividades en la iglesia, o de caridad, o espirituales .	60-69	_____	_____	_____
Sin hacer nada, estando tranquila/o, relajándose .....	70-79+	_____	_____	_____
Cuántas horas suele dormir por noche .....				

**EL PEOR MOMENTO/TEMPORADA DE MI VIDA** (Describalo brevemente). (Si lo necesita, puede usar la parte trasera de la hoja:)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién le ayudó a sobrellevarlo/superarlo? \_\_\_\_\_

¿Hay cosas de las cuales le da vergüenza hablar, o que si tuviera que hacerlo, se sentiría muy mal? (No hace falta que diga cuáles) ..... No Sí

**EL MEJOR MOMENTO/TEMPORADA DE SU VIDA** (Describalo brevemente).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Lo compartió con alguien? Sí No

¿Tiene usted algún/a buen amigo/a que le ayuda y en quien confía en los momentos difíciles?..... Sí No

¿Cuál es la cosa que ha hecho en su vida de la que se siente **más orgullosa/o**?

\_\_\_\_\_

¿Cómo afronta usted los momentos duros; cuáles son sus **puntos fuertes**?

\_\_\_\_\_

¿Siente que es una persona tan válida como cualquier otra? Mucho Bastante Algo Casi nada Nada

¿Cuánto placer y diversión obtiene usted en su vida actual? Mucho Bastante Algo Casi nada Nada

¿Cuál es su nivel de ingresos? Menos de \$20,000 \_\_\_ /\$20-39,000 \_\_\_ /\$40-59,000 \_\_\_ /\$60-80,000 \_\_\_ / Más de \$80,000 \_\_\_

**(Eje V) AUTOEVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO:** Por favor, puntúe (del 1 al 10) cómo cree usted que está funcionando actualmente en cada una de las tres áreas que aparecen a continuación, usando la siguiente escala:

10 ----- 9 ----- 8 ----- 7 ----- 6 ----- 5 ----- 4 ----- 3 ----- 2 ----- 1

Funcionamiento Excelente Dificultad Leve Dificultad Moderada Dificultad Grave Apenas puedo funcionar

**1. Estado de Ánimo (Depresión, Ansiedad, etc.)** \_\_\_\_\_ **2. Relaciones Sociales** \_\_\_\_\_ **3. En el trabajo o la escuela** \_\_\_\_\_

**EJE I: DSM-IV: Cuestionario de Autoinforme de las Categorías Principales**

MD

Durante el último mes, ¿ha habido algún periodo (dos semanas o más) en el que usted se sintiera deprimido/a la mayor parte del día, casi todos los días? ..... No Si  
 ¿Ha sentido usted que había perdido el interés por las cosas, o que ya no disfruta de las cosas como antes? (¿Le ha ocurrido la mayor parte del día, casi todos los días durante dos semanas o más?) ..... No Si

DYS

Se ha sentido deprimido la mayor parte del día, más días sí que no, durante los dos últimos años o más? ..... No Si

¿Le ocurre/ ha ocurrido alguna de las siguientes cosas? :

Pérdida o Aumento de peso significativos .....	_____	Dificultad para concentrarse o indecisión .	_____
Dormir mucho, o demasiado poco .....	_____	Pensamientos recurrentes de Muerte o de hacerse daño a si mismo.....	_____
Sentirse Inquieto, intranquilo o agitado .....	_____	Ha planeado cómo suicidarse .....	_____
Notarse Enlentecido o aletargado.....	_____	Ha intentado suicidarse .....	_____
Sentir desprecio hacia sí mismo, o sentirse muy culpable .	_____	Fatiga o pérdida de energía.....	_____

PMD

¿Alguna vez se ha sentido deprimido durante un periodo de dos semanas (o más), más días sí que no? ..... No Si

MN

¿Ha habido algún periodo de tiempo **en el último mes** en el que se ha sentido muy bien, con mucha energía y ganas de hacer cosas? ¿Tanto, que la gente ha llegado a pensar que usted no estaba bien, o que se iba a meter en problemas? (¿Le ha dicho alguien que estaba maniaco? ¿Notaba que era algo más que simplemente sentirse bien?) ..... No Si  
 ¿Ha habido un tiempo en el que usted estaba tan irritable que gritaba a los demás o iniciaba discusiones y peleas? . No Si

PMN

¿Ha habido alguna vez **en su vida** que se ha sentido tan bien o con tanta energía que los demás pensaban que usted no estaba bien, o que se iba a meter en problemas?: (¿Le dijo entonces alguien que estaba maniaco ?) ..... No Si

DEL

¿Ha tenido alguna experiencia extraña, como por ejemplo que pareciera que la gente estaba hablando de usted o que se estaban fijando mucho en usted? ..... No Si  
 ¿Y recibir mensajes especiales de la gente o de la forma concreta en que están colocadas las cosas, o del diario, la radio o la TV? ..... No Si

SCH

Aparte de cuando usted se ha sentido deprimido o con el ánimo muy elevado, ¿ha habido alguna vez en que usted haya oído voces, visto visiones, o visto u olido algo que los demás no podían ver u oler? ..... No Si  
 ¿O ha hecho algo para llamar la atención de los demás como vestirse de algún modo raro, o comportarse de forma extraña? ..... No Si

ALC

¿Ha habido algún periodo de su vida en el que bebía demasiado? (¿Alguna vez le ha causado problemas la bebida? No Si  
 ¿Alguna vez alguien ha expresado objeciones a que usted bebiera, o el médico le ha dicho que debía dejar de beber? No Si  
 ¿Ha permanecido sin beber, o ha intentado dejar la bebida alguna vez? ..... No Si

DRG

¿Ha consumido drogas ilegales, o usado medicamentos de prescripción médica en una cantidad o de un modo que no era el prescripto? ..... No Si  
 Si ha consumido drogas ilegales, lo hizo alguna vez diez veces en un mes o más? ..... No Si  
 Si ha consumido medicamentos que necesitaban prescripción médica, se sintió enganchado o con dependencia? .... No Si

PAN

¿Ha tenido alguna vez un ataque de pánico, de modo que se sentía asustado, ansioso, incómodo, con miedo a volverse loco o de repente sintió un montón de síntomas físicos ( p.ej. taquicardia, temblor, mareo)? ..... No Si  
 Si fue así, ¿le ocurrió que después del ataque de pánico estaba muy preocupado de que le fuera a ocurrir otra vez, de las consecuencias que podía tener el ataque, o su conducta cambió considerablemente debido a los ataques? ..... No Si

OC

¿Alguna vez ha tenido dificultades con pensamientos, impulsos o imágenes que le causaban ansiedad, y que volvían una y otra vez a pesar de que usted intentaba apartarlos de su mente? ..... No Sí  
 ¿Y pensamientos horribles, como hacer daño a alguien sin querer, o ser contaminado por los gérmenes o por la suciedad? ..... No Sí  
 ¿Ha habido alguna cosa que usted “tenía “ que hacer continuamente, y no podía parar de hacerlo, como lavarse las manos una y otra vez, contar hasta cierto número o comprobar muchas veces que había hecho algo correctamente (como cerrar la puerta con llave, o poner el despertador ? ..... No Sí

PTSD

Hay algún suceso traumático o algún recuerdo que se repite en sus pesadillas, o en flashbacks, o en su mente, y que usted no puede deshacerse de él, causándole una gran angustia? ..... No Sí

AGR

Ha sentido miedo de dejar la casa sola, o de encontrarse en aglomeraciones de gente, o de guardar la fila (p.ej. en el cine o en algún comercio) o de viajar en autobús o en tren? ..... No Sí

¿Ha sentido alguna de estas cosas? Marque lo que proceda

Corazón rápido y martilleando .....	_____	Mareo, sensación de que “se le va la cabeza”,o	_____
Sudores .....	_____	desvanecimientos .....	_____
Temblores .....	_____	Sensación de irrealidad o de despersonalización .	_____
Falta de aliento .....	_____	Miedo a perder el control o a volverse loco .....	_____
Sensación de ahogo .....	_____	Miedo a morir .....	_____
Dolor o molestias en el pecho.....	_____	Hormigueo o adormecimiento.....	_____
Náuseas o molestia abdominal.....	_____	Escalofríos o sofocos.....	_____

SOC

¿Hay alguna cosa que le dé miedo hacer en público o que le hace sentir muy incómodo, como hablar, comer, o escribir? ..... No Sí

PHB

¿Ha habido cosas que le han dado mucho miedo, como volar en avión, las serpientes, ver sangre, ponerse una inyección, las alturas, lugares cerrados, o algún tipo de animal o insecto? ..... No Sí

GAD

¿Se ha sentido particularmente nervioso o ansioso en los últimos seis meses? ..... No Sí  
 ¿Se preocupa mucho pensando en cosas terribles que podrían ocurrir? ..... No Sí

¿Ha sentido alguna de estas cosas? Marque lo que proceda:

Agitado, nervioso, a punto de saltar .....	_____	Irritabilidad .....	_____
Se cansa con facilidad .....	_____	Tensión Muscular .....	_____
Dificultades de concentración, o quedarse con la mente en blanco .....	_____	Dificultad para conciliar el sueño, o dormir, pero no descansar .....	_____

SM/HY

En los últimos años, ¿ha tenido usted que acudir a menudo al médico porque no se sentía bien? ..... No Sí  
 ¿Temía por su salud, incluso después de que el doctor le dijera que no había motivo? ..... No Sí

ANO

¿Ha habido alguna vez en que su peso haya estado muy por debajo de lo que los demás pensaban que era el peso adecuado para usted? ..... No Sí  
 Durante ese tiempo, ¿le asustaba a usted mucho engordar?..... No Sí

BUL

¿Ha tenido con frecuencia temporadas en las que comía sin control? ..... No Sí  
 ¿Alguna vez se ha provocado usted el vómito, ha usado laxantes o hecho muchísimo ejercicio como forma de evitar el aumento de peso? ..... No Sí

ADD

¿Ha tenido problemas para concentrarse o prestar atención durante al menos seis meses? ..... No Sí  
 ¿Ha notado síntomas de hiperactividad, impulsividad o agitación que persistieron durante al menos seis meses? .... No Sí

**EJE II: DSM-IV: Autoevaluación de las categorías mas importantes**

AVD

1. ¿Ha evitado trabajos o tareas que implicaban tener que tratar con mucha gente? .....	No	Sí
2. ¿Evita usted relacionarse con la gente a menos que usted esté seguro de que usted les agrada? .....	No	Sí
3. ¿Le resulta difícil “abrirse”, incluso con las personas cercanas a usted? .....	No	Sí
4. ¿Le preocupa con frecuencia ser rechazado o criticado en público/ situaciones sociales? .....	No	Sí
5. ¿Se queda usted callado cuando conoce a gente nueva? .....	No	Sí
6. ¿Piensa que no es tan bueno, inteligente o atractivo como la mayoría de la gente? .....	No	Sí
7. ¿Le asusta intentar cosas nuevas? .....	No	Sí

DEP

8. ¿Necesita mucho el consejo de los demás, o que le reaseguren antes de tomar sus decisiones cotidianas? .....	No	Sí
9. ¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes de su vida como su economía, el cuidado de lo niños o para organizar su vida? .....	No	Sí
10. ¿Le cuesta mostrarse en desacuerdo con los demás, incluso cuando usted piensa que están equivocados? .....	No	Sí
11. ¿Le cuesta empezar una tarea si no hay alguien para ayudarle? .....	No	Sí
12. ¿Con frecuencia se ofrece voluntariamente para hacer tareas que le desagradan? .....	No	Sí
13. ¿Se siente mal cuando está a solas? .....	No	Sí
14. ¿Cuando termina una relación estrecha (amistad, pareja), necesita encontrar rápidamente a alguien en quien apoyarse? .....	No	Sí
15. ¿Le preocupa mucho la posibilidad de quedarse solo y tener que cuidar de sí mismo? .....	No	Sí

OC

16. ¿Es usted la clase de persona que se centra en los detalles, el orden y la organización, y le gusta mucho hacer listas de tareas y horarios? .....	No	Sí
17. ¿Tiene problemas para terminar su trabajo debido a que pierde mucho tiempo intentando hacer las cosas del modo exactamente apropiado? .....	No	Sí
18. ¿Piensa usted (u otras personas) que está tan dedicado a su trabajo/ estudios que no tiene tiempo para pasarlo con otros, o para divertirse? .....	No	Sí
19. ¿Tiene usted criterios muy claros y elevados de lo que está bien y lo que está mal? .....	No	Sí
20. ¿Tiene dificultad para deshacerse de las cosas porque a lo mejor podrían servir para algo algún día? .....	No	Sí
21. ¿Le resulta difícil dejar que otras personas le ayuden, a menos que acepten hacerlo exactamente a su manera? .....	No	Sí
22. ¿Le resulta duro gastar dinero en usted o en otras personas incluso teniendo suficiente? .....	No	Sí
23. ¿A menudo está tan seguro de que tiene razón que da igual lo que los demás puedan argumentar? .....	No	Sí
24. ¿Le han dicho alguna vez que es terco o rígido? .....	No	Sí

NEG

25. ¿Cuando alguien le pide que haga algo que usted no quiere hacer, lo hace usted lentamente o mal? .....	No	Sí
26. ¿A menudo, cuando no quiere hacer algo, “olvida” usted hacerlo? .....	No	Sí
27. ¿Siente a menudo que los demás no le comprenden, o que no aprecian lo mucho que usted hace? .....	No	Sí
28. ¿Está a menudo gruñón y como si buscara discutir? .....	No	Sí
29. ¿Se ha encontrado con que la mayoría de sus jefes, profesores, médicos y otras personas que debían saber lo que estaban haciendo, en realidad no sabían? .....	No	Sí
30. ¿Piensa frecuentemente que no es justo que otras personas tengan más que usted? .....	No	Sí
31. ¿Se queja a menudo de que le han ocurrido más cosas malas de las que le “correspondían”? .....	No	Sí
32. ¿Se enoja y se niega a hacer lo que los demás quieren y luego se siente mal y se disculpa? .....	No	Sí

DPR

33. ¿Suele sentirse infeliz o como si la vida no fuera divertida? .....	No	Sí
34. ¿Cree que es una persona básicamente inadecuada, y se siente a menudo mal consigo mismo? .....	No	Sí
35. ¿Se rebaja a sí mismo o se culpa por las cosas que no han funcionado/ salido bien? .....	No	Sí
36. ¿Está usted siempre angustiado/ preocupado? .....	No	Sí
37. ¿Juzga a menudo a los demás severamente y enseguida los encuentra en falta? .....	No	Sí
38. ¿Piensa usted que la mayoría de la gente no es buena? .....	No	Sí
39. La mayoría de las veces, ¿cree usted que las cosas van a salir mal? .....	No	Sí
40. ¿Se siente a menudo culpable por cosas que ha hecho o dejado de hacer? .....	No	Sí

SDF

X1. ¿Se ha relacionado repetidamente con amigos/as o amantes que se han aprovechado de usted o le han defraudado? .....	No	Si
X2. ¿A menudo se involucra en situaciones en las que finalmente terminan por abusar de usted o de su confianza? .....	No	Si
X3. ¿Rechaza con frecuencia la ayuda de otras personas porque no quiere causarles molestias? .....	No	Si
X4. ¿Encuentra difícil aceptar ayuda cuando se la ofrecen? .....	No	Si
X5. Cuando tiene éxito en algo, ¿se siente deprimido o como si no lo mereciera, o hace algo que lo estropea? .....	No	Si
X6. ¿A menudo rechaza la oportunidad de hacer cosas que realmente le gustan? .....	No	Si

PAR

41. ¿Tiene que estar vigilando continuamente para evitar que la gente se aproveche de usted o le haga daño? .....	No	Si
42. ¿Pasa usted mucho tiempo preguntándose si puede confiar en sus amigos o en sus compañeros de trabajo?....	No	Si
43. ¿Piensa que es mejor no confiar en la gente, ya que pueden usarlo en su contra? .....	No	Si
44. ¿Capta a menudo amenazas o insultos en lo que la gente hace o dice? .....	No	Si
45. ¿Es usted de esa clase de personas que guarda rencor o tarda mucho tiempo en perdonar si le insultan o le hacen un desaire?.....	No	Si
46. ¿Hay bastantes personas a las que no puede perdonar porque le hicieron o le dijeron algo hace ya tiempo? ....	No	Si
47. ¿Se enfada o arremete contra las personas cuando alguien le critica o le ofende de algún modo? .....	No	Si
48. ¿Ha tenido sospechas a menudo de que su pareja le ha sido infiel?.....	No	Si

SZD

49. Cuando se encuentra en un lugar público y observa a la gente hablando, ¿le ocurre con frecuencia que piensa que hablan de usted? .....	No	Si
50. ¿Le da la impresión de que las cosas que no tienen ningún significado especial para la mayoría de la gente, a menudo guardan un mensaje para usted?.....	No	Si
51. ¿Detecta a menudo mensajes ocultos en sucesos que aparentemente no están relacionados entre sí?.....	No	Si
52. ¿Alguna vez ha creído que podría hacer que las cosas ocurrieran concentrándose en ello o deseándolo mucho? .....	No	Si
53. ¿Ha tenido alguna experiencia con el mundo de lo sobrenatural? .....	No	Si
54. ¿Cree usted poseer un "Sexto Sentido" que le permite saber o predecir cosas que otros no pueden? .....	No	Si
55. ¿Cree a menudo que las cosas o las sombras son en realidad personas o animales, o que algún ruido es en realidad una voz? .....	No	Si
56. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que alguna persona o "fuerza" estaba con usted, aunque no viera nada? .....	No	Si
57. ¿Ve a menudo el aura o el campo de energía que rodea a las personas?.....	No	Si
58. ¿Tiene una relación estrecha con muy pocas personas, aparte de su familia más cercana?.....	No	Si
59. ¿Se siente a menudo nerviosa/o cuando está con otras personas?.....	No	Si

STP

60. Para usted NO es importante si tiene o no relación con los demás, ni siquiera sentirse parte de una familia. ....	No	Si
61. En la mayoría de las ocasiones, prefiere usted hacer las cosas solo/a que acompañado? .....	No	Si
62. ¿Podría usted sentirse satisfecho sin mantener relaciones sexuales con nadie?.....	No	Si
63. Realmente, hay muy pocas cosas que le hagan disfrutar verdaderamente. ....	No	Si
64. No le importa lo que la gente piense de usted? .....	No	Si
65. ¿Le parece que nada le pone ni muy contento ni muy triste? .....	No	Si

HIS

66. ¿Se siente usted incómodo/a si no es el centro de la atención? .....	No	Si
67. ¿Coquetea usted mucho? .....	No	Si
68. ¿A menudo siente que actúa/finge con la gente? .....	No	Si
69. ¿Intenta hacerse notar ante los demás a través de su modo de vestirse o de su "look"? .....	No	Si
70. ¿A menudo se vale de recursos como el drama o la exageración para conseguir algo?.....	No	Si
71. ¿Cambia a menudo de opinión sobre las cosas dependiendo de la gente con la que está o de algo que acaba de leer o de ver en la TV? .....	No	Si
72. ¿Tiene usted montones de amigos/as íntimos/as? .....	No	Si

NAR

73. ¿Le ocurre que la mayoría de la gente no sabe apreciar su talento y sus logros? .....	No	Si
74. ¿Le han dicho alguna vez que tiene una opinión muy elevada de sí mismo? .....	No	Si
75. ¿Piensa muy a menudo en el poder, la fama o el reconocimiento que alcanzará algún día? .....	No	Si
76. ¿Dedica mucho tiempo a pensar en el romance ideal que tendrá un día? .....	No	Si
77. Cuando tiene un problema, ¿insiste casi siempre en hablar con el jefe o la persona al mando? .....	No	Si
78. ¿Cree que es importante invertir tiempo en relacionarse con gente especial o influyente? .....	No	Si
79. ¿Es muy importante para usted que la gente le preste atención o que le admiren de alguna manera? .....	No	Si
80. ¿Piensa que no es necesario seguir algunas normas o convenciones sociales cuando le “estorban”? .....	No	Si
81. ¿Cree ser de ese tipo de persona que merece un trato especial?.....	No	Si
82. ¿Encuentra frecuentemente necesario pisar a la gente para conseguir lo que quiere? .....	No	Si
83. ¿Pone usted con frecuencia sus necesidades por encima de las de los demás?.....	No	Si
84. ¿Espera a menudo que la gente haga lo que usted dice sin preguntar porqué, sólo por ser usted quien es?.....	No	Si
85. ¿Es usted una persona a la que en realidad NO le interesan los problemas o los sentimientos de la gente?.....	No	Si
86. ¿Siente a menudo envidia de otros? .....	No	Si
87. ¿Siente que a menudo los demás tienen envidia de usted? .....	No	Si
88. ¿Cree usted que muy pocas personas merecen su atención y su tiempo? .....	No	Si

BOR

89. ¿Se ha puesto frenética/o al pensar que alguna persona que realmente le importa le iba a abandonar? .....	No	Si
90. ¿Su relación con las personas que realmente le importan tiene muchos altibajos?.....	No	Si
91. ¿Alguna vez ha cambiado bruscamente el sentido de quién es usted en la vida y hacia dónde se dirige?.....	No	Si
92. ¿Su concepto de quién es usted en la vida cambia a menudo de manera radical? .....	No	Si
93. ¿Ha habido cambios frecuentes y repentinos en sus objetivos, planes profesionales, creencias religiosas, etc.? .....	No	Si
94. ¿Hace a menudo cosas de forma impulsiva (p.ej. gastar dinero, relaciones sexuales, conducir arriesgadamente)? .....	No	Si
95. ¿Alguna vez ha tratado de herirse a sí mismo, o de matarse, o ha amenazado con hacerlo? .....	No	Si
96. ¿Alguna vez se ha cortado, quemado o arañado a sí misma/o a propósito? .....	No	Si
97. ¿Es usted una persona con cambios frecuentes de humor? .....	No	Si
98. ¿Se siente a menudo vacío?.....	No	Si
99. ¿Tiene a menudo estallidos emocionales o se enfada tanto que pierde el control?.....	No	Si
100. ¿Golpea a la gente o arroja cosas cuando se enfada? .....	No	Si
101. ¿Se enfada mucho incluso por pequeñas cosas? .....	No	Si
102. Cuando se encuentra bajo mucha presión, ¿se vuelve desconfiado con la gente o siente como si perdiera el contacto con la realidad? .....	No	Si

ANT

<b>ALGUNA VEZ HIZO ALGUNA DE ESTAS COSAS ANTES DE LOS 15 AÑOS?:</b>		
103. ¿Intimidó o amenazó a otros niños/as?.....	No	Si
104. ¿Provocó peleas?.....	No	Si
105. ¿Hirió o amenazó a alguien con un bate, ladrillo, botella rota, cuchillo o pistola? .....	No	Si
106. ¿Trató de causar dolor o sufrimiento físico de forma deliberada a alguien?.....	No	Si
107. ¿Torturó o hirió animales a propósito? .....	No	Si
108. ¿Robó, atracó/asaltó o quitó algo a alguna persona por la fuerza o amenazándola?.....	No	Si
109. ¿Alguna vez obligó a alguien a mantener relaciones sexuales con usted por la fuerza?.....	No	Si
110. ¿Provocó usted algún incendio intencionadamente?.....	No	Si
111. ¿Destruyó deliberadamente alguna cosa que no era de su propiedad?.....	No	Si
112. ¿Alguna vez forzó la entrada o se coló en una casa ajena, coche/carro o edificio? .....	No	Si
113. ¿Mentía usted mucho o engatusaba a la gente?.....	No	Si
114. ¿Robó alguna vez, o sustrajo algo de una tienda o falsificó la firma de alguien? .....	No	Si
115. ¿Se marchó de casa y pasó la noche fuera sin permiso? .....	No	Si
116. ¿Se quedaba a menudo fuera de casa hasta mucho tiempo después de la hora de vuelta?.....	No	Si
117. ¿Faltaba a la escuela con frecuencia sin permiso? .....	No	Si