Laundon Research Group

Washington DC 20001

*Laundon Inventory*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Durante las últimas dos semanas, ¿cómo te has sentido?  Completa el puntaje para cada pregunta:  CON QUÉ FRECUENCIA HAS: | | | | |
|  | Frecuentemente | Algunas veces | Nunca | Puntuación |
| 1. Tenido pesadillas? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Sentido ansioso/a o nervios/a? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Sentido mal /triste acerca del futuro? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Perdido la vista repentinamente, aunque sea por corto tiempo? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Sentido que quieres ir a divertirte a una fiesta, para reír y conversar con otras personas porque te sientes solo/a? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Sentido que no te puedes concentrar? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Escuchado un sonido fuerte, que te sorprendiera o asustara? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Dormido en una silla para evitar pesadillas? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Sentido molesto/a o irritable? | 3 | 2 | 1 |  |
| 1. Sentido cansado/a sin razón aparente? | 3 | 2 | 1 |  |
|  | Total | | |  |

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_