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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_