

Diagnostic Tool for Assessing The Emotional Well-Being of Migrant Workers

English Version		
The examiner should give each client the following instructions: "Today, we would like you to fill out a form that will help us evaluate your emotional well-being. As you listen to this cassette tape, please mark a yes or no to the correct response next to the number of each of the questions that you hear. Please let me know if you have any problems filling out the form or any questions about this diagnostic tool. Please also let me know when you have finished filling out the form. Thank you."		
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	1. During the last two weeks, have you had little interest or pleasure in doing things?
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	2. During the last two weeks, have you been feeling down, depressed, or hopeless?
Yes	No	3. During the last two weeks, have you had trouble falling or staying asleep, or have you been sleeping too much?
Yes	No	4. During the last two weeks, have you been feeling tired or have had little energy.
Yes	No	5. During the last two weeks, have you had little appetite or have you been overeating?
Yes	No	6. During the last two weeks, have you been feeling bad about yourself or have you felt that you were a failure or that you had let yourself or your family down?
Yes	No	7. During the last two weeks, have you had trouble concentrating on things such as listening to the radio, conversing with others or watching television?
Yes	No	8. During the last two weeks, have you been moving or speaking so slowly that other people have noticed. Or the opposite: Have you been so fidgety or restless that you have been moving a lot more than usual?
Yes	No	9. During the last two weeks, have you had thoughts had thoughts of hurting yourself or that you would be better off dead?
Yes	No	10. In the last four weeks, have you been worried about your health?
Yes	No	11. In the last four weeks, have you had difficulties with your husband/wife, partner/boyfriend, or boyfriend/girlfriend?
Yes	No	12. In the last four weeks, have you been stressed out at work, outside of the home, at school or in any other activity outside of the house?
Yes	No	13. In the last four weeks, have you had financial problems or worries?
Yes	No	14. In the last four weeks, have you felt as though you had no one to turn to when you were having a problem?
Yes	No	15. In the last four weeks, have you been worrying about something bad that happened recently?
Yes	No	16. In the past 6 months, have you had a spell or attack when all of a sudden you felt frightened, anxious, or very uneasy?
Yes	No	17. If yes, has this happened before?
Yes	No	18. Do some of these attacks come suddenly 'out of the blue' in situations where you don't expect to be nervous or uncomfortable?
Yes	No	19. Do these attacks bother you a lot, or are you worried about having another attack?
Yes	No	20. Do you ever drink alcohol, including beer or wine?
Yes	No	22. Have you ever drunk alcohol, been high from alcohol, or hung over while you were working, going to school, taking care of children, or fulfilling other responsibilities?

Yes	No	23. Have you ever missed or been late for work, school, or other activities because you were drinking or hung over?
Yes	No	24. Have you ever had a problem getting along with other people because you had been drinking?
Yes	No	25. Have you driven drunk?
----- female questionnaire-----# 26 & 27		
Yes	No	26. Within the last 12 months, have you experienced any uncomfortable touching or forced sexual contact?
Yes	No	27. In the last 12 months, have you been in a relationship in which threats, pushing, grabbing, hitting, kicking, breaking things, or other hurting was used by someone?

Spanish Version for Males

El examinador debe darle las instrucciones que siguen al cliente: “Ahora, nos gustaría que contestara un cuestionario que nos ayudara evaluar su salud emocional. Por favor marque la respuesta correcta contestado Sí o No enseguida del número de cada pregunta que oiga mientras escucha esta grabación. Díganos si tiene alguna pregunta acerca de este cuestionario diagnóstico. Y, por favor, avísenos en cuando termine. Gracias.

Yes	No	1. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha sentido sin ganas de hacer nada?
Yes	No	2. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha sentido deprimido desanimado,
Yes	No	3. Durante las últimas dos semanas, ¿ha tenido problemas para dormirse permanecer dormido, o ha dormido demasiado?
Yes	No	4. Durante las últimas dos semanas, ¿se he sentido cansado o con falta de energía?
Yes	No	5. Durante las ultimas dos semanas ¿ha tenido poca hambre o ha comido mucho?
Yes	No	6. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha sentido fracasado, decepcionado, con falta de amor propio o que ha decepcionado a su familia?
Yes	No	7. Durante las ultimas dos semanas, ha tenido dificultad para concentrarse, como escuchar la radio, conversar con otros o ver televisión?
Yes	No	8. Durante las últimas dos semanas, ¿se ha movido o hablado tan lentamente que la gente lo ha notado o todo lo contrario, ha estado tan agitado o inquieto que se mueve mucho más de lo que acostumbra?
Yes	No	9. Durante las ultimas dos semanas, ¿ha pensado en algún momento hacerse daño físico o ha pensado que seria mejor estar muerto?
Yes	No	10 En las últimas cuatro semanas, ¿ha estado preocupada por su salud?
Yes	No	11. En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido problemas con su esposa, compañera o novia?
Yes	No	12. en las últimas cuatro semanas, ha sentido tensión en el trabajo, la escuela o cualquier otra actividad fuera de su casa?
Yes	No	13. En las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido preocupaciones o problemas económicos?
Yes	No	14. En las últimas cuatro semanas, ¿ha sentido que no tiene a nadie a quién contarle sus problemas?
Yes	No	15. ¿. En las últimas cuatro semanas, ¿se ha preocupado sobre algo malo que le haya ocurrido recientemente?

Yes	No	16. Durante los últimos seis meses, ¿ha sufrido algún ataque de ansiedad o se ha sentido asustado o con mucho miedo de repente?
Yes	No	17. Si por casualidad ha sufrido un ataque de ansiedad, le ha ocurrido esto antes?
Yes	No	18. ¿Algunos de estos ataques le suceden de repente o en situaciones en las que usted no espera sentirse nervioso o incomodo?
Yes	No	19. ¿Si por casualidad ha sufrido un ataque de ansiedad le molestan mucho esto ataques y se siente preocupada de que se repitan?
Yes	No	20.¿Acostumbra usted tomar bebidas alcohólicas incluyendo cerveza y vino?
Yes	No	21. ¿Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas aunque su doctor le haya dicho que deje de tomar porque usted tiene algún problema de salud? No he consumido.
Yes	No	22. ¿Algunas veces ha consumido bebidas alcohólicas, o ha estado ebrio o crudo en el trabajo, en la escuela, o cuando ha estado al cuidado los niños o cuando ha tenido otras responsabilidades? No he consumido
Yes	No	23. Algunas veces ha faltado o llegado tarde al trabajo o a la escuela, u otras obligaciones porque ha estado tomando o se ha sentido crudo? No he consumido
Yes	No	24. ¿Alguna vez ha tenido problemas con otras personas mientras ha estado tomando? No he consumido
Yes	No	25. ¿Alguna vez ha manejado borracho? No he consumido?