

Apellido:..... Nombre..... nacido:.....

Número:.....

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

A continuación encontrará una lista de dolencias que las personas pueden padecer. Algunas de las siguientes dolencias pueden aplicarse actualmente a usted mismo. Para que no pasemos por alto ninguno de sus padecimientos, le pedimos que evalúe una serie de posibles dolencias. Ahora, indique si ha sufrido alguna de las siguientes dolencias en las últimas dos semanas (excepción: penúltima dolencia). En caso de que alguna de estas aplique, nos gustaría saber también la intensidad de su sufrimiento.

A continuación, responda rápidamente y de forma espontánea cada una de las siguientes afirmaciones.

Marque "0 = para nada" si no sufre en absoluto de la dolencia respectiva,
 marque "1 = poco" si apenas sufre,
 marque "2 = bastante" si sufre bastante,
 marque "3 = mucho" si sufre considerablemente y
 marque "4 = demasiado" si sufre extremadamente.

	para nada	poco	bastante	mucho	dema- siado
(1) Mi estado de ánimo es depresivo/abatido.	0	1	2	3	4
(2) Las cosas que normalmente disfruto haciendo ya no me causan realmente ningún placer.	0	1	2	3	4
(3) No tengo suficiente energía y cuando quiero hacer algo, me canso rápidamente.	0	1	2	3	4
(4) Me siento inútil/no confío en mí mismo.	0	1	2	3	4
(5) Tengo ataques inexplicables de ansiedad o miedo en situaciones que para otras personas parecen inofensivas.	0	1	2	3	4
(6) En situaciones de fuerte ansiedad tengo dolencias físicas repentinas, por ejemplo, palpitaciones/taquicardia, dificultad para respirar, mareos, presión en el pecho, nudo en la garganta, temblores, inquietud o tensión interior.	0	1	2	3	4
(7) Trato de evitar ciertas situaciones que me asustan.	0	1	2	3	4
(8) Tan solo la idea de que pueda sufrir otro ataque de ansiedad me asusta.	0	1	2	3	4

Número:

	para nada	poco	bastante	mucho	dema- siado
(9) Sufro de mis pensamientos o acciones constantemente recurrentes y sin sentido, de los que, sin embargo, no puedo defenderme (p. ej., lavándome las manos).	0	1	2	3	4
(10) Ofrezco resistencia contra pensamientos o acciones recurrentes y sin sentido, incluso, si no tengo siempre éxito.	0	1	2	3	4
(11) Sufro de pensamientos o acciones tortuosas y sin sentido que interfieren con mi vida normal.	0	1	2	3	4
(12) Siento la necesidad de visitar a un médico por quejas físicas inexplicables.	0	1	2	3	4
(13) Sufro de la constante y tortuosa preocupación de estar físicamente enfermo.	0	1	2	3	4
(14) Distintos médicos me aseguran que no tengo ninguna enfermedad física grave, pero me cuesta creerles.	0	1	2	3	4
(15) Controlo mi peso consumiendo alimentos bajos en calorías, vomitando, o tomando medicación (por ejemplo, laxantes) o haciendo mucho deporte.	0	1	2	3	4
(16) Muchos de mis pensamientos giran en torno a la comida, y tengo constantemente miedo de aumentar de peso.	0	1	2	3	4
(17) Me preocupo mucho de cómo poder bajar de peso.	0	1	2	3	4
(18) Tengo dificultades para concentrarme.	0	1	2	3	4
(19) Pienso en suicidarme.	0	1	2	3	4
(20) Tengo problemas para dormir.	0	1	2	3	4
(21) Tengo poco apetito.	0	1	2	3	4
(22) Soy olvidadizo.	0	1	2	3	4

Número:

	para nada	poco	bastante	mucho	dema- siado
(23) Sufro de constantes sueños recurrentes o recuerdos de experiencias terribles.	0	1	2	3	4
(24) Tengo problemas mentales debido a cargas cotidianas graves (p. ej., una enfermedad grave, la pérdida del trabajo o la separación de mi pareja).	0	1	2	3	4
(25) Mis sentimientos y experiencias de repente ya no los percibo como si fueran míos.	0	1	2	3	4
(26) La gente y mi entorno me parecen de repente irreales, distantes, inertes.	0	1	2	3	4
(27) Me siento impedido en el ejercicio de mi sexualidad.	0	1	2	3	4
(28) En los últimos años he cambiado para siempre después de una carga extrema (p.ej., traumatismo craneoencefálico, experiencias de guerra o abusos).	0	1	2	3	4
(29) Mis preferencias sexuales son una carga para mí.	0	1	2	3	4

¡Muchas gracias por su cooperación y esfuerzo!