

IES-R (ESCALA DE IMPACTO DE EVENTO – REVISADA)

Nombre..... Fecha.....

Piense por favor en el suceso (nombrar):

Indique a continuación de qué modo le afectó el acontecimiento en el transcurso de **la semana pasada**, marcando con una cruz la frecuencia con que tuvo cada una de las siguientes reacciones:

		No, nunca	Rara vez	A veces	A menudo
1.	Si algo me hacía recordar el suceso, retornaban todos los sentimientos que tuve cuando ocurrió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Tuve dificultad para mantener el sueño durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Otras cosas me hacían recordar el hecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Me sentía irritable y enojado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Trataba de no excitarme cuando pensaba en el acontecimiento o algo me lo recordaba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Pensaba en lo sucedido sin quererlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Me parecía que no había sucedido o que fue algo irreal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Trataba de evitar lo que podía recordarme lo sucedido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	De repente, me cruzaban la mente imágenes del acontecimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Me asustaba y sobresaltaba con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Trataba de no pensar en lo sucedido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Notaba que aún estaba muy agitado por lo ocurrido, pero no me ocupaba con mis sentimientos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Los sentimientos que me causó el acontecimiento estaban como adormecidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Me sorprendía a mí mismo obrando y sintiendo como si hubiese retorna do al momento del suceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	No podía conciliar el sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Tenía como olas de fuertes sentimientos relacionados con el acontecimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Traté de borrarlo de la memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Tenía dificultades para concentrarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Los recuerdos de lo sucedido me causaban reacciones físicas, como sudoración, dificultades para respirar, náusea o palpitaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Soñaba con el suceso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Me sentía alerta y en guardia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Trataba de no hablar sobre lo ocurrido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>