

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 retornado 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"/> |