INVENTARIO

Marque en el espacio de la derecha (X) que sigue a cada categoría para indicar el nivel de cómo se ha sentido en los últimos siete días.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0Nunca | 1Algo | 2Regular-mente | 3Mucho |
| 1. | Ansiedad, nerviosismo, preocupación, o miedo |  |  |  |  |
| 2. | Sentir que cosas alrededor son extrañas o irreales |  |  |  |  |
| 3. | Sentirse separado de todo o parte de su cuerpo |  |  |  |  |
| 4. | Ataques de pánico repentinos |  |  |  |  |
| 5. | Sentimiento de fatalidad inminente |  |  |  |  |
| 6. | Sentirse tenso, estresado, o presionado. |  |  |  |  |
| 7. | Dificultad para concentrase |  |  |  |  |
| 8. | Pensamientos recurrentes |  |  |  |  |
| 9. | Ilusiones o fantasías atemorizantes |  |  |  |  |
| 10. | Sentir que esta a punto de perder control |  |  |  |  |
| 11. | Temor de volverse loco |  |  |  |  |
| 12 | Temor de desmayarse o perder el sentido |  |  |  |  |
| 13. | Temor de enfermedad física, ataque al corazón o muerte |  |  |  |  |
| 14. | Preocupación de sentirse tonto o inadecuado |  |  |  |  |
| 15. | Temor a estar solo, aislado, o abandonado |  |  |  |  |
| 16. | Temor a la crítica o desaprobación |  |  |  |  |
| 17. | Temor a que algo terrible esta por pasar |  |  |  |  |
| 18. | Taquicardias, arritmias, o latido violento del corazón |  |  |  |  |
| 19. | Dolor, presión, u opresión del pecho |  |  |  |  |
| 20. | Hormigueo o insensibilidad en los dedos de los pies o manos |  |  |  |  |
| 21. | Malestar o mariposas en el estómago |  |  |  |  |
| 22. | Constipación o diarrea  |  |  |  |  |
| 23. | Inquietud o sobresalto |  |  |  |  |
| 24. | Músculos tensos |  |  |  |  |
| 25. | Sudoraciones no causadas por calor |  |  |  |  |
| 26. | Un nudo en la garganta |  |  |  |  |
| 27. | Estremecimiento o temblor  |  |  |  |  |
| 28. | Debilidad en las piernas |  |  |  |  |
| 29. | Sentirse mareado, o que se pierde el equilibrio  |  |  |  |  |
| 30. | Sensación de ahogarse, sofocarse o dificultad para respirar |  |  |  |  |
| 31. | Dolor de cabeza, de cuello, o de espalda |  |  |  |  |
| 32. | Bochornos o escalofríos |  |  |  |  |
| 33. | Sentirse cansado, débil, o fácilmente exhausto |  |  |  |  |
| Puntuación total del 1 al 33 |  |

## LISTA DE VERIFICACIÓN

Marque en el espacio de la derecha (X) que sigue a cada categoría para indicar el nivel de cómo se ha sentido en los últimos siete días.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0Nunca | 1Algo | 2Regularmente | 3Mucho |
| **1.** ¿Se ha estado sintiendo triste o por los suelos? |  |  |  |  |
| **2.** ¿El futuro le parece sombrío o sin esperanza? |  |  |  |  |
| **3.** ¿Siente que no tiene valor o se ve como un perdedor? |  |  |  |  |
| **4.** ¿Se siente inadecuado o inferior a los demás? |  |  |  |  |
| **5.** ¿Se autocritica o se culpa a sí mismo por cosas? |  |  |  |  |
| **6.** ¿Tiene problemas para tomar decisiones? |  |  |  |  |
| **7.** ¿Se ha estado sintiendo enojado o resentido una buena parte del tiempo? |  |  |  |  |
| **8.** ¿Ha perdido el interés en su carrera, pasatiempos, familia, o amigos? |  |  |  |  |
| **9.** ¿Se siente agobiado y tiene que forzarse a hacer las cosas? |  |  |  |  |
| **10.**¿Siente que se ve viejo o poco atractivo? |  |  |  |  |
| **11.** ¿Ha perdido su apetito? ¿Tiene episodios compulsivos de comida (come demasiado en un período corte de tiempo) |  |  |  |  |
| **12.**¿Se le dificulta dormir bien de noche? ¿Esta excesivamente cansado o durmiendo demasiado? |  |  |  |  |
| **13.**¿Ha perdido su interés en el sexo? |  |  |  |  |
| **14.** ¿Se preocupa demasiado por su salud? |  |  |  |  |
| **15.** ¿Tiene sentimientos de que la vida no vale la pena o piensa que estaría mejor muerto? |  |  |  |  |
| **PUNTUACION TOTAL DEL 1 AL 15** |  |  |  |  |