

DASS-21

Nombre:

Fecha:

Por favor, lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor del número (0, 1, 2, 3) que indique en qué medida esta afirmación se aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No se tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me sucedió
- 1 Me sucedió un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me sucedió bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me sucedió mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar (p. ej., respiración excesivamente rápida o falta de aliento sin hacer esfuerzo físico)	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Tuve temblores (p. ej., en las manos)	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estuve preocupado por situaciones en las cuales podía entrar en pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por lo que ilusionarme.....	0	1	2	3
11. Me sentí agitado.....	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba cercano a sentir pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí la actividad de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico (p. ej., aumento de los latidos, sensación de palpitación o salto de los latidos)	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3