

DASS ²¹	<i>Nombre:</i>	<i>Fecha:</i>
<p>Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.</p> <p>La escala de calificación es la siguiente:</p> <p>0 No me aplicó</p> <p>1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo</p> <p>2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo</p> <p>3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo</p>		

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 (por ejemplo: respiración excesivamente rápida, falta de aire en ausencia de 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. Experimenté temblor en mi cuerpo (por ejemplo: en las manos).	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios.	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba.	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

Continúe en la siguiente página

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico (por ejemplo, aumento de la frecuencia cardiaca, al corazón le falta un latido). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Sentí que la vida no tenia ningún sentido. | 0 | 1 | 2 | 3 |