

Escala del impacto de los síntomas percibidos en la esquizofrenia

Escala PRISS.

Versión autoadministrada

Por favor, responda a las preguntas que aparecen a continuación sobre diferentes aspectos, ocurridos **durante la última semana**. Sobre cada uno de los que estén presentes, se preguntará acerca de su frecuencia, preocupación e interferencia en la vida diaria. **Marque la casilla correspondiente con una "X"**.






1. ¿He tenido la sensación de que una fuerza extraña me ha controlado la mente o que ha estado intentando comunicarse conmigo, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 2. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.






1.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

1.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

1.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA






2. ¿Me ha costado dirigir los pensamientos de manera coherente en una conversación, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 3. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.






2.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

2.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

2.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

3. ¿He visto, sentido u oído cosas que otras personas no han podido, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 4. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

3.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

3.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

3.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

4. ¿Me he notado con agitación e hiperactividad, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 5. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

4.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

4.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

4.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

5. ¿He tenido la sensación de poseer capacidades especiales que otras personas no tienen, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

5.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

5.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

5.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

6. ¿He tenido la sensación de que la gente quiere hacerme daño o me persigue, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 7. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

6.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

6.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

6.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

7. ¿He tenido una actitud agresiva (verbal o física), durante la última semana? No 0 Sí 1

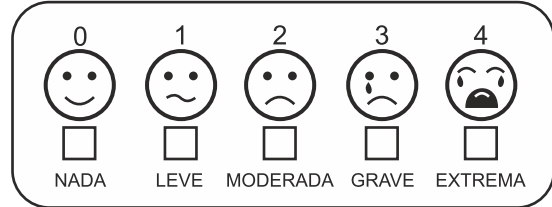
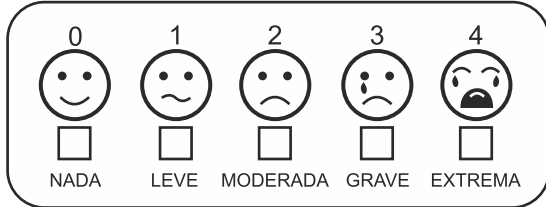
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 8. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

7.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

7.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

7.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?



8. ¿Me ha costado transmitir emociones con la cara o con los gestos, durante la última semana? No 0 Sí 1

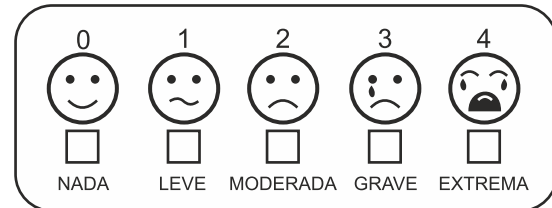
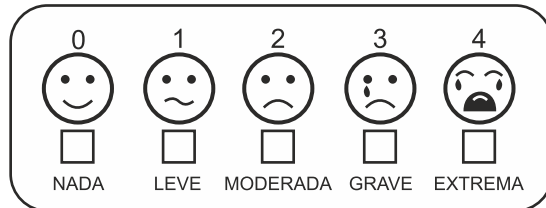
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 9. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

8.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

8.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

8.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?



9. ¿Me ha costado mantener la mirada cuando me relaciono con otras personas, durante la última semana? No 0 Sí 1

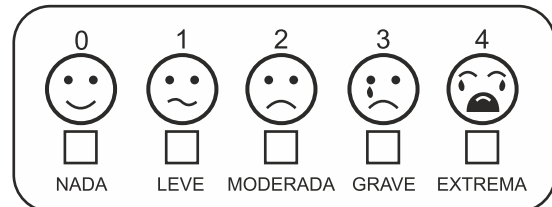
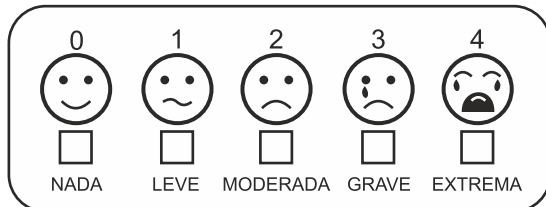
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 10. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

9.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

9.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

9.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?



10. ¿He tenido problemas para participar en las actividades sociales por falta de interés, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 11. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

10.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

10.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

10.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

11. ¿Me ha costado interpretar lo que quieren decir otras personas cuando usan frases hechas, refranes o lenguaje figurado, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 12. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

11.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

11.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

11.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

12. ¿He tenido problemas para comunicarme de manera espontánea y fluida, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 13. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

12.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

12.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

12.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

13. ¿He notado que pienso o hablo de un mismo tema de manera constante, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 14. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

13.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

13.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

13.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

14. ¿Me ha preocupado excesivamente mi salud física, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 15. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

14.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

14.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

14.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

15. ¿Me he sentido con ansiedad, nerviosismo o intranquilidad, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 16. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

15.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

15.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

15.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

16. ¿He tenido sentimientos de culpa por hechos ocurridos en el pasado, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 17. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

16.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

16.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

16.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

17. ¿Me he sentido con inquietud o he tenido temblor o sudoración en las manos, durante la última semana? No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 18. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

17.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

17.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

17.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

18. ¿He realizado movimientos, gestos o posturas extrañas, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 19. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

18.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

18.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

18.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

19. ¿Me he sentido triste, desanimado o pesimista, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 20. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

19.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

19.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

19.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

20. ¿Me he notado lento en los movimientos y/o en el habla, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 21. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

20.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

20.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

20.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

21. ¿He rechazado o evitado relacionarme con otras personas, durante la última semana?

No 0 Sí 1

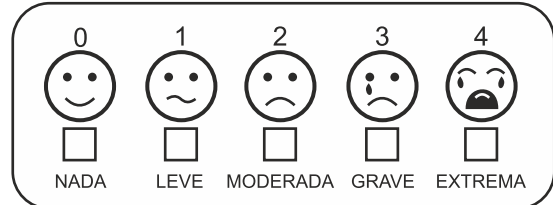
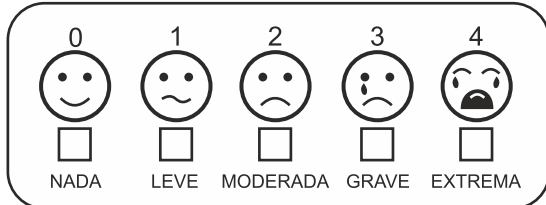
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 22. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

21.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

21.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

21.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?



22. ¿He tenido ideas extrañas, extralógicas o peculiares, durante la última semana?

No 0 Sí 1

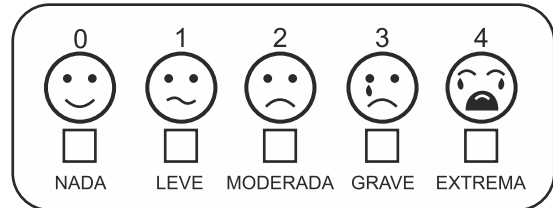
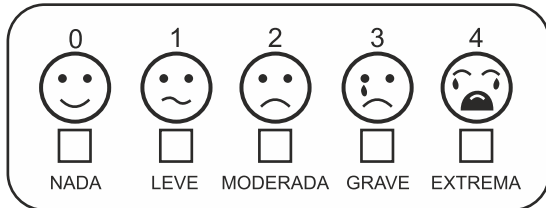
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 23. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

22.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

22.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

22.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?



23. ¿Me ha costado saber en qué momento del día estaba o dónde me encontraba, durante la última semana?

No 0 Sí 1

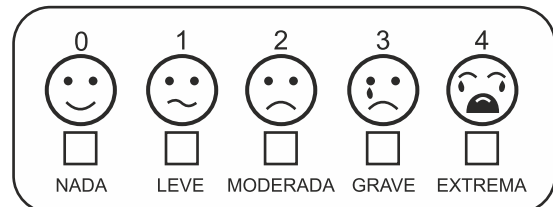
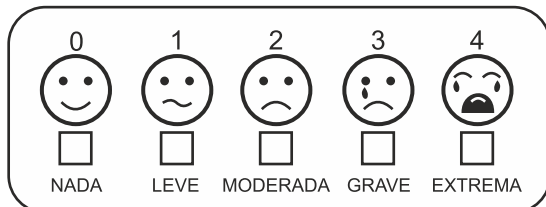
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 24. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

23.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

23.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

23.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?



24. ¿Me ha costado mantener la concentración, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 25. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

24.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

24.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

24.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

25. ¿Me ha costado empezar a hablar, a moverme o a pensar, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 26. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

25.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

25.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

25.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

26. ¿He tenido problemas para controlar mis impulsos, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 27. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

26.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

26.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

26.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

27. ¿Me he aislado y preocupado en exceso por mis pensamientos y emociones, durante la última semana?

No 0 Sí 1

Si la respuesta es No, pase a la pregunta 28. Si la respuesta es Sí, por favor, continúe.

27.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

27.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

27.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

28. ¿He evitado relacionarme con otras personas por miedo y/o desconfianza, durante la última semana?

No 0 Sí 1






Si la respuesta es No, ha terminado el cuestionario. Si la respuesta es sí, por favor continúe.






28.1 ¿Con qué frecuencia está presente esta sensación?

Casi nunca 1 A veces 2 Muchas veces 3 Siempre 4

28.2 ¿Cuánto me preocupa esta sensación?

28.3 ¿Cuánto interfiere en mi vida diaria?

0	1	2	3	4
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

0	1	2	3	4
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NADA	LEVE	MODERADA	GRAVE	EXTREMA

