

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

ESTRÉS, TRAUMA, Y EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE

Lista de verificación de Eventos de la Vida para el DSM-5 [OPCIONAL]

A continuación encontrará una serie de eventos estresantes que a veces le ocurren a las personas. Para cada evento, por favor marque una o más casillas a su derecha para indicar si el evento: (a) le ha pasado a usted personalmente; (b) si usted ha sido testigo de que le pasara a alguien más; (c) usted escuchó que le pasó a un familiar o amigo(a) cercano(a); (d) usted fue expuesto al evento como parte de su trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, militar, u otro personal de emergencias); (e) usted no está seguro(a) si aplica a su caso; o (f) si no aplica para usted.

Asegúrese de considerar su vida entera (desde la niñez hasta la adultez) a medida que avanza en la lista de eventos.

Evento	Me pasó a mí	Fui testigo	Escuché de ello	Parte de mi trabajo	No estoy seguro(a)	No aplica
1. Desastre natural (por ejemplo inundación, huracán, tornado, terremoto)						
2. Fuego o explosión						
3. Accidente de transportación (por ejemplo accidente de auto, siniestro marítimo accidente de tren, accidente aéreo)						
4. Accidente grave en el trabajo, casa, o durante una actividad recreativa						
5. Exposición a sustancias tóxicas (p. ej.: químicos peligrosos, radiación)						

Measure translated by authors outside of the EPINET National Data Coordinating Center.

Evento	Me pasó a mí	Fui testigo	Escuché de ello	Parte de mi trabajo	No estoy seguro(a)	No aplica
6. Asalto físico (p. ej.: ser atacado(a), golpeado(a) ligera o gravemente, pateado(a))						
7. Asalto con arma (p. ej.: recibir disparo, puñalada, ser amenazado(a) con cuchillo, arma de fuego o bomba)						
8. Asalto Sexual (violación, intento de violación, ser forzado(a) a realizar cualquier acto sexual bajo fuerza o amenaza de daño)						
9. Cualquier otra experiencia sexual incómoda o indeseada						
10. Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil)						
11. Cautiverio (p. ej.: secuestro, ser rehén o prisionero(a) de guerra)						
12. Lesión o enfermedad que pone en riesgo la vida						
13. Sufrimiento humano severo						
14. Muerte súbita violenta (p. ej.: homicidio, suicidio)						
15. Muerte accidental repentina						
16. Lesión, herida severa, o muerte que usted causara a alguien más						
17. Cualquier otro evento o experiencia estresante						

Por favor complete la parte 2 en las páginas siguientes.

PARTE 2:

A. Si usted marcó la pregunta 17 en la PARTE 1, identifique brevemente el evento en el que pensó:

B. Si usted ha experimentado más de uno de los eventos descritos en PARTE 1, piense en el que usted considera como *el peor evento*, el evento que al responder este cuestionario le moleste más. Si usted ha vivido sólo uno de esos eventos en la PARTE 1, utilícelo como el peor evento. Por favor conteste las siguientes preguntas acerca del peor evento (marque todas las opciones que aplican)

1. Describa brevemente el peor evento (por ejemplo, qué pasó, quién estuvo involucrado(a) etc.)

2. ¿Hace cuánto pasó? _____ (si no sabe con seguridad, provea un estimado)

3. ¿Cómo lo experimentó?

- Me pasó directamente
- Fui testigo
- Escuché que le pasó a un miembro de familia o amigo(a) cercano
- Tuve conocimiento de los detalles como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, militar u otro personal de respuesta ante emergencia)
- Otro, por favor describa: _____

4. ¿La vida de alguien estuvo en peligro?

- Sí, mi vida
- Sí, la vida de alguien más
- No

5. ¿Alguien falleció o sufrió heridas de gravedad?

- Sí, yo sufrí heridas de gravedad
- Sí, alguien más falleció o sufrió heridas de gravedad
- No

6. ¿El evento involucró violencia sexual?

- Sí
- No

7. Si el evento involucró la muerte de un familiar o amigo(a) cercano, ¿se debió a algún accidente o violencia, o se debió a causas naturales?

- Accidente o violencia
- Causas naturales
- No aplica (El evento no involucró la muerte de familiar ni amigo(a) cercano.)

8. ¿Cuántas veces en total usted ha vivido un evento igual de estresante o casi tan estresante como el peor evento?

- Sólo una vez
- Más de una vez (por favor especifique o estime el total de veces que usted ha tenido esta experiencia _____)