

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

ESTRÉS, TRAUMA Y EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE

Lista de verificación de Trastorno de Estrés Postraumático para el DSM-5 [OPCIONAL]

Ahora va a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una experiencia estresante. Dígame cuánto le ha molestada cada una de estas cosas desde que ocurrió la experiencia estresante.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
8. Dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. Tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. Dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. Irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. Estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. Tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. Tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.