

Name _____

Date _____

Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PSS)

Abajo se encuentra una lista de eventos traumáticos. Porfavor marque “SI” si es que has pasado por uno de los eventos or has tenido la experiencia de presenciar uno de los actos.

- 1. Accidente grave, incendio o explosión Si No
- 2. Desastre natural (tornado, inundación, huracán o gran terremoto) Si No
- 3. Asalto no sexual por alguien conocido (por ejemplo: abuso o asalto físico) Si No
- 4. Asalto no sexual por alguien desconocido (por ejemplo: abuso o asalto físico) Si No
- 5. Asalto/abuso sexual por un miembro de la familia o alguien conocida Si No
- 6. Asalto/abuso sexual por alguien desconocida Si No
- 7. Estar en una zona de guerra o militares de combate Si No
- 8. Contacto sexual antes de los 18 años de edad con una persona mayor (mayor por 5 años o mas) Si No
- 9. Encarcelamiento Si No
- 10. Experiencia de ser torturado/a Si No
- 11. Enfermedad potencialmente mortal Si No
- 12. Otro evento traumático Si No
- 13. Si marco “Si” por “otro evento traumático” porfavor escribe el evento _____
- 14. De todos los eventos por cual ha experimentado, cual es el más peor? _____
- 15. Por cual de los eventos busca ayuda? _____

Por si marco NO a todas las preguntas de arriba, Porfavor no siga con el cuestionario.

Por si marco SI a alguna/s de las preguntas, porfavor de completar el formulario

Porfavor de escoger SI or NO en pensando del evento escrito en la pregunta #15

- 1. Fuiste herido/a? Si No
- 2. Alguien mas fue herido/a? Si No
- 3. Sentiste que tu vida estaba en peligro? Si No
- 4. Sentiste que la vida de alguien mas estaba en peligro? Si No
- 5. Te sentiste impotente? Si No
- 6. Sentiste terror? Si No

Name _____

Date _____

PTSD Symptom Scale (PSS) Spanish

A continuación sigue una lista de problemas que padecen en algunas personas que han pasado por un evento traumático. Contesta cuantas veces, estos problemas te han preocupado – nunca, de vez en cuando, la mitad del tiempo, o casi siempre.

0 = Nunca

1 = De vez en cuando

2 = La mitad del tiempo

3 = Casi siempre

1. Has tenido pensamientos o imagenes molestos sobre el evento aunque tu no querias pensar en eso.	0	1	2	3
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3. Has actuado o has sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del evento y te has sentido como si estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el evento (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del evento (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del evento.	0	1	2	3
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela).	0	1	2	3
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del evento.	0	1	2	3
9. Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3
12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad	0	1	2	3
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15. Has tenido dificultad en concentrarte.	0	1	2	3
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a).	0	1	2	3
17. Te has asustado o te has sorprendido facilmente.	0	1	2	3

Ahora dí si los problemas escritas arriba han interferido en lo siguiente : Marque [Si] o [No].

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 1. Cuándo rezas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 6. Llevarte bien con tus amigos(as) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Que haceres y obligaciones en casa | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 7. Ser feliz con tu vida | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. Hacer cosas divertidas que te gusta hacer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 8. Relaciones intimas/ sexuales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. Trabajo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 9. Satisfacción con la vida en general | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 5. Llevarte bien con tu familia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

UCLA PTSD Index Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, & Frederick (1998); CPSS Foa, Johnson, Feeny, and Treadwell (2001). Spanish version courtesy Jaycox. RAND 11.26.08