

**Lista de comprobación de Trastorno de estrés post-traumático (PTSD, por su sigla en inglés)
del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,
5ta Edición (DSM5) (PCL-5) – Adulto (mayor de 18 años)**

Nombre: _____

Fecha: _____

A muchas personas les suceden eventos que los estresa o asusta. Presentamos a continuación una lista de los eventos que suceden algunas veces y que las estresa o asusta. Marque SÍ si le sucedió a usted. Marque No si no le sucedió a usted.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Desastre natural grave como una inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Accidente o lesión graves, como un accidente de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Fue objeto de robo mediante amenazas, fuerza o un arma. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes en su familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes por alguien ajeno a su familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Vio que alguien de su familia recibió bofetadas, puñetazos o golpes. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Vio que alguien de la comunidad recibió bofetadas, puñetazos o golpes. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Una persona de mayor edad tocó sus partes privadas cuando no debía. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Una persona le forzó o presionó a tener relaciones sexuales o cuando usted no pudo decir no. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Una persona cercana falleció repentina o violentamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Fue objeto de ataques, apuñaladas, disparos o lesiones graves. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Vio que una persona fue objeto de ataques, apuñaladas, disparos, lesiones graves o que mataron a una persona. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Procedimiento médico que le produjo estrés o miedo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estuvo en un lugar que estaba en guerra. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Sufrió otros eventos que lo estresaron o asustaron? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Descríbalos: _____

¿Cuál de estos eventos es el que más le perturba? _____

Si marcó “SÍ” en cualquiera de los eventos que le produjeron estrés o miedo, conteste las siguientes preguntas al dorso de la hoja.

**Lista de comprobación de Trastorno de estrés post-traumático (PTSD, por su sigla en inglés)
del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,
5ta Edición (DSM 5) (PCL-5) – Adulto (mayor de 18 años)**

| | En el último mes, cuánta perturbación sufrió por lo siguiente: | Nada en absoluto | Un poco | Moderada | Bastante | Muchísima |
|-----|---|-------------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 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. | ¿Sentimientos o representaciones repentinos como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo nuevamente en la realidad (como si estuviera viviéndola nuevamente)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | ¿Sentimientos de mucho malestar cuando algo le recuerda sobre la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | ¿Tiene reacciones físicas fuertes cuando algo le recuerda sobre la experiencia estresante (por ejemplo: palpitaciones del corazón, dificultad para respirar, sudoración)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | ¿Evita recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | ¿Evita recordatorios externos sobre la experiencia estresante (por ejemplo: personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | ¿Tiene problemas para recordar partes importantes de la experiencia estresante? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | ¿Tiene creencias negativas fuertes sobre usted mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tiene pensamientos como ser: soy malo, hay algo muy mal conmigo, no se puede confiar en nadie, el mundo es totalmente peligroso)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | ¿Se culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o por lo que ocurrió después? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | ¿Tiene sentimientos negativos fuertes como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | ¿Perdió el interés en actividades que solía disfrutar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| En el último mes, cuánta perturbación sufrió por lo siguiente: | | Nada en absoluto | Un poco | Moderada | Bastante | Muchísima |
|--|---|------------------|---------|----------|----------|-----------|
| 13. | ¿Se siente distante o apartado de las demás personas? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | ¿Tiene problemas para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo: es incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | ¿Tiene comportamientos irritables, explosiones de ira o actúa de manera agresiva? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | ¿Está tomando demasiados riesgos o está haciendo cosas que podrían causarle algún daño a su persona? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | ¿Está "súper alerta" o vigilante o en guardia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | ¿Se siente nervioso o se sorprende fácilmente? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | ¿Siente dificultad para concentrarse? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | ¿Tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Caso clínico = 33

Marque "SÍ" o "NO" si los problemas que marcó interfirieron con las siguientes situaciones:

- | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Llevarse bien con los demás | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 4. Relaciones familiares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Pasatiempos/diversión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 5. Felicidad en general | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Escuela o trabajo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |