

## Lista de control de análisis de traumatismo y trastorno por estrés postraumático (PTSD) de DSM5 para adultos

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

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

1. Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos o incendios.  Sí  No
2. Accidente o lesión graves, como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión deportiva.  Sí  No
3. Fue objeto de robo mediante amenazas, fuerza o un arma.  Sí  No
4. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes en su familia.  Sí  No
5. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes por alguien ajeno a su familia.  Sí  No
6. Vio que alguien de su familia recibió bofetadas, puñetazos o golpes.  Sí  No
7. Vio que alguien de la comunidad recibió bofetadas, puñetazos o golpes.  Sí  No
8. Una persona de mayor edad tocó sus partes privadas cuando no debía.  Sí  No
9. Una persona le forzó o presionó a tener relaciones o cuando usted no pudo decir que no.  Sí  No
10. Una persona cercana falleció repentinamente o violentamente.  Sí  No
11. Fue objeto de ataques, puñaladas, disparos o lesiones graves.  Sí  No
12. Vio que una persona fue objeto de ataques, puñaladas, disparos, lesiones graves o que mataron a una persona.  Sí  No
13. Procedimiento médico que le produjo estrés o miedo.  Sí  No
14. Estuvo en un lugar que estaba en guerra.  Sí  No
15. ¿Sufrió otros eventos que le estresaron o asustaron?  Sí  No  
    Describalos: \_\_\_\_\_

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

**Si marcó eventos que le estresaron o asustaron, pase de página y responda las preguntas siguientes.**

**Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes le han perturbado en las últimas dos semanas:**

**0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre**

1.	Tiene recuerdos perturbadores acerca de un evento estresante que surgieron en su mente de repente o cuando se le recordó de dichos eventos.	0	1	2	3
2.	Tiene pesadillas relacionadas con un evento estresante que parece que está sucediendo en el sueño.	0	1	2	3
3.	Actúa o siente como si el evento estresante estuviera sucediendo ahora.	0	1	2	3
4.	Se siente muy molesto desde el punto de vista emocional cuando se le recuerda sobre un evento estresante.	0	1	2	3
5.	Tiene reacciones físicas fuertes cuando se le recuerda sobre un evento estresante (sudoración, palpitaciones).	0	1	2	3
6.	Intenta no recordar, hablar ni tener sentimientos acerca de un evento estresante.	0	1	2	3
7.	Evita las actividades, personas, lugares o cosas que le recuerdan un evento estresante.	0	1	2	3
8.	No puede recordar una parte importante de un evento estresante.	0	1	2	3
9.	Tiene cambios negativos en la manera en que piensa sobre usted mismo, otras personas o el mundo tras el evento estresante.	0	1	2	3
10.	Piensa que el evento estresante sucedió porque usted u otra persona hicieron algo que no correspondía o no hicieron lo suficiente para detenerlo.	0	1	2	3
11.	Tiene estados emocionales muy negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza).	0	1	2	3
12.	Pierde el interés en las actividades que disfrutaba antes del evento estresante.	0	1	2	3
13.	Se siente distante o apartado de las personas de su entorno.	0	1	2	3
14.	No puede tener sentimientos positivos (estar feliz, tener sentimientos afectuosos).	0	1	2	3
15.	Se siente irritable o tiene arrebatos de enojo sin un buen motivo y se desquita con otras personas o cosas.	0	1	2	3
16.	Tiene un comportamiento arriesgado o que podría causarle daños.	0	1	2	3
17.	Está demasiado alerta o en guardia.	0	1	2	3
18.	Está nervioso o se asusta con facilidad.	0	1	2	3
19.	Tiene problemas de concentración.	0	1	2	3
20.	Tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido.	0	1	2	3

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

- |                                     |                             |                             |                          |                             |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Llevarse bien con otras personas | <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 general     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Escuela o trabajo                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |                          |                             |                             |