

PCL-5

(Spanish)

Instrucciones: Este cuestionario pregunta acerca de los problemas que usted pudo haber tenido después de una experiencia muy estresante que implica la *muerte real o amenaza, lesiones graves o violencia sexual*. Podría ser algo que le haya pasado directamente, algo que fue testigo, o algo que le haya pasado a un familiar cercano o un amigo cercano. Algunos ejemplos son *un grave accidente, fuego, desastre como un huracán, tornado o terremoto, ataque o abuso físico o sexual; guerra; homicidio; o el suicidio*.

Primero por favor responda a algunas preguntas acerca de su *peor caso*, que para este cuestionario significa el caso que en la actualidad le molesta más. Esto podría ser uno de los ejemplos anteriores o alguna otra experiencia estresante. También podría ser un solo evento (por ejemplo, un accidente de coche) o múltiples eventos similares (por ejemplo, múltiples eventos estresantes en zona de guerra o abuso sexual repetido).

Brevemente identifique el peor de los caso (si usted se siente cómodo haciéndolo)_____

¿Hace cuánto tiempo paso?_____ (Por favor de estime si usted no está seguro)

¿Hubo muerte real o amenaza, lesiones graves o violencia sexual?

___ Si

___ No

¿Cómo lo experimento?

___ Me pasó a mí directamente

___ Fui testigo de ello

___ Supe que le paso a un familiar cercano o un amigo cercano

___ Yo estaba expuesto en repetidas ocasiones sobre detalles al respecto como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, militar, ayuda de primera respuesta)

___ Otra, por favor describa _____

Si el evento involucra la muerte de un familiar cercano o un amigo cercano ¿fue debido a algún tipo de accidente o violencia, o fue por causas naturales?

___ Accidente o Violencia

___ Causas Naturales

___ No aplicable (el evento no involucra al muerte de un familiar o amistad cercana)

En segundo lugar, teniendo este evento en mente, lea cada uno de los problemas que aparecen en la página siguiente y luego marque el número a la derecha para indicar cuanto le ha molestado este problema en el último mes.

En el mes pasado, cuanto le ha molestado tener:	No del todo	Un Poco	Moderado	Mucho	Extremadamente
1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿Repentinamente sintiéndose o actuando como si la experiencia estresante está pasando en realidad? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia)	0	1	2	3	4
4. ¿Sintiendo enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tiene fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda esa experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	0	1	2	3	4
6. ¿El evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar cosas externas que le recuerden experiencia estresante? (Por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)	0	1	2	3	4
8. ¿Problemas recordando hechos importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Tener fuertes convicciones negativas de usted mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo si tiene pensamientos como: Soy malo, hay algo seriamente malo conmigo, no puedo confiar en nadie, nuestro mundo es sumamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso?	0	1	2	3	4
11. ¿Tener fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que usted disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. ¿Al sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, al ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportamiento irritable, arranques de enojo comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar muchos riesgos o hacer cosas que puedan causar daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar en "sobre alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentir nerviosismo o fácilmente asustado?	0	1	2	3	4
19. ¿Al tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Dificultad para dormir o quedarse dormido?	0	1	2	3	4