

Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5, past week) - Spanish Version

Instrucción: Más abajo hay un listado de problemas que las personas tienen a veces debido a una experiencia muy estresante. Lea por favor cada problema detenidamente y después rodee uno de los números de la derecha para indicar con cuánta intensidad le ha molestado aquel problema durante la última semana.

En la última semana ¿cuánto le ha molestado:	Nada	Un poco	Moderada-mente	Bastante	Muchísimo
1. Tener recuerdos repetidos, perturbadores y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Tener sueños repetidos, perturbadores de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. Sentirse o actuar de repente como si la experiencia estresante volviera a suceder (como si realmente estuviera allí reviviéndolo)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy disgustado cuando algo le recordaba la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le recordaba la experiencia estresante (p.ej. palpitaciones, dificultades 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 estímulos externos relacionados con la experiencia estresante (p.ej. personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. Tener dificultades para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener fuertes creencias negativas sobre uno mismo, otras personas, o el mundo (p.ej. tener pensamientos como: no soy una buena persona, hay algo que seriamente no está bien en mí, no se puede confiar en nadie, el mundo es muy peligroso)?	0	1	2	3	4

10. Culparse a sí mismo o a otra persona de la experiencia estresante o de lo que sucedió después?	0	1	2	3	4
11. Tener fuertes sentimientos negativos tales como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Perder el interés en actividades que antes solía disfrutar?	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o apartado de los demás?	0	1	2	3	4
14. Dificultades para sentir emociones positivas (p.ej. ser incapaz de sentir alegría o tener sentimientos de amor hacia personas cercanas)?	0	1	2	3	4
15. Tener conductas irritables, ataques de ira o actuar de manera agresiva?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que le pudieran dañar?	0	1	2	3	4
17. Estar muy en alerta o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse asustadizo o sobresaltado?	0	1	2	3	4
19. Tener dificultades para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. Tener problemas para dormir o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

© F. Weathers et al. (8/14/2013)

¿Al contestar las preguntas de este cuestionario, sus respuestas han sido en relación a la experiencia estresante que causó su traumatismo craneoencefálico?

Sí No