

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CHECKLIST



FECHA _____



Brevemente identifique el peor episodio que haya vivido.

Hace cuanto tiempo le paso? (si no está seguro puede escribir un periodo aproximado)

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

Como lo experimento? : Le paso directamente- Fue testigo- Supe que le paso a un familiar o persona cercana- estaba expuesto en repetidas ocasiones como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, militar, personal de emergencia)

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?

En segundo lugar, teniendo este evento en mente, lea cada uno de los problemas que aparecen en la página siguiente y luego marque si corresponde

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CHECKLIST



FECHA _____

Nº	ACTIVITIES	✓
1	¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	
2	¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	
3	¿Repentinamente se siente o actúa como si la experiencia estresante está pasando en realidad? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia)	
4	¿Siente enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante?	
5	¿Tiene fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda esa experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	
6	¿Evita recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	
7	¿Evita cosas externas que le recuerden la experiencia estresante? (Por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)	
8	¿Tiene problemas recordando hechos importantes de la experiencia estresante?	
9	¿Tiene fuertes creencias 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)?	

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CHECKLIST



FECHA _____

Nº	ACTIVITIES	<input checked="" type="checkbox"/>
10	¿Se culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso?	
11	¿Tiene fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza	
12	¿Ha perdido el interés en actividades que disfrutaba?	
13	¿Se ha sentido distante o separado de otras personas?	
14	¿Tiene dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)?	
15	¿Tiene comportamiento irritable, arranques de enojo comportamiento agresivo?	
16	¿Toma muchos riesgos o quiere hacer cosas que puedan causarle daño?	
17	¿Esta en "sobre alerta" o vigilante o en guardia?	
18	¿Se siente nervioso o asustado fácilmente?	
19	¿Tiene dificultad para concentrarse?	
20	¿Tiene dificultad para dormir o quedarse dormido?	



**IMPORTANTE TENER EN CUENTA PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE ESTA HERRAMIENTA**

PARA HABLAR DE UN INICIO DE TEPT, AL MENOS 10 DE ESTOS
CRITERIOS SE DEBEN ESTAR PRESENTANDO EN UNA BASE
DIARIA.

ADMINISTRE ESTA HERRAMIENTA DESDE LA OBSERVACIÓN
DIARIA POR AL MENOS 1 SEMANA. SI NO ES USTED MISMO,
PUEDE HACER ESTAS PREGUNTAS A LA PERSONA QUE LE
PREOCUPA.

ENTREGUE LOS RESULTADOS A SU PROFESIONAL EN
PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA DE CONFIANZA TAN PRONTO
COMO HAYA PASADO LA SEMANA DE OBSERVACIÓN YA QUE
EL TEPT PUEDE SER UN TRASTORNO DE ENTRADA A
TRASTORNOS CLÍNICOS MAS COMPLEJOS. TOME NOTA DE
CUALQUIER SUCESO QUE CONSIDERE DE INTERÉS PARA EL
PROFESIONAL

**ESTE CUESTIONARIO PUEDE ADMINISTRARSE EN CUALQUIER
PERSONA MAYOR DE 10 AÑOS**