

# Inventario de Distres Peritraumatico (PDI)

Traducido del inglés, de <http://www.info-trauma.org/flash/media-e/triageToolkit.pdf>

## 1. Nombre y apellido

.....

## 2. Correo electrónico

.....

## 3. Celular

.....

## Instrucciones

Por favor conteste más abajo señalando el número que mejor representa las experiencias que usted ha presentado durante o inmediatamente después del incidente crítico. Si un ítem no aplica a su experiencia, por favor marque "no es en absoluto cierto".

### 4. 1. Me sentí impotente.

*Mark only one oval.*

|                          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

### 5. 2. Sentí tristeza y dolor.

*Mark only one oval.*

|                          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

### 6. 3. Me sentí frustrado o enojado.

*Mark only one oval.*

|                          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

7. **4. Sentí miedo por mi propia seguridad.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

8. **5. Me sentí culpable.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

9. **6. Me sentí avergonzado de mis reacciones emocionales.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

10. **7. Me sentí preocupado por la seguridad de otros.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

11. **8. Tuve la sensación de que estaba a punto perder el control de mis emociones.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

12. **9. Tuve dificultades para controlar mi intestino y mi vejiga.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

13. **10. Me horrorizó con lo que vi.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

14. **11. Tuve reacciones físicas como sudoración, temblores, y palpitaciones.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

15. **12. Sentí que me podría desmayar.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

16. **13. Pensé que podría morir.***Mark only one oval.*

|                          | 0                     | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     |                       |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| No es en absoluto cierto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Extremadamente cierto |

Powered by

