

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Criterio A: Identificando la Peor Experiencia

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Instrucciones: Este cuestionario pregunta sobre problemas que posiblemente usted haya tenido después de una experiencia muy estresante relacionada con muerte o amenaza de muerte, heridas serias o violencia sexual. Puede haber sido algo que le haya pasado a usted directamente, algo de lo que fue testigo/a, o algo que le haya pasado a un miembro de su familia cercana, o a un(a) amigo(a) cercano. Algunos ejemplos son: accidentes graves; incendio; desastres como un huracán, un tornado o un terremoto; abuso o ataque físico o sexual; guerra; homicidio; o suicidio.

Primero, por favor conteste algunas preguntas acerca de su **peor experiencia**, misma que, para fines de este cuestionario, es el **evento que más le perturba actualmente**. Podría ser uno de los ejemplos arriba mencionados u otra experiencia muy estresante, como el momento específico del diagnóstico o tratamiento de una enfermedad severa o prolongada de usted o de un familiar o amigo/a cercano. Podría ser también un evento único (por ejemplo, un accidente de auto), o múltiples eventos similares (por ejemplo, múltiples eventos estresantes en una zona de guerra. o abuso sexual repetido).

Por favor, identifique en pocas palabras su **peor experiencia**

¿Hace cuánto tiempo ocurrió? _____ (haga una estimación si no está seguro/a).

¿El evento involucró muerte, o amenaza de muerte, heridas serias o violencia sexual?

SI ____ NO ____

¿Cómo lo vivió?

____ Me sucedió a mí directamente.

____ Fui testigo/a.

____ Fue algo que le pasó a un familiar o amigo cercano.

____ Fui expuesta/o repetitivamente a detalles acerca de experiencias estresantes como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, bombero, militar u otro tipo de primeros respondientes).

____ Otra forma, describirla _____

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

____ Accidente o violencia.

____ Causas naturales.

____ No aplica (el evento no involucró la muerte de un familiar o amigo/a cercano).

Segundo, **teniendo en mente su peor experiencia**, por favor conteste el cuestionario adjunto.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PTSD – CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN (PCL - 5)

INSTRUCCIONES: A continuación, hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego encierre uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el mes pasado.

DURANTE EL MES PASADO, ¿CUÁNTA MOLESTIA HA SENTIDO POR?	NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	EXTREMA-DAMENTE
1. ¿Recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. ¿Sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. ¿Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. ¿Dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: ¿soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4

11. ¿Tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. ¿Sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. ¿Tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

INTERPRETACIÓN Y PUNTUACIÓN

La interpretación del PCL-5 debe ser realizada por un clínico. El PCL-5 se puede calificar de diferentes maneras:

- Se puede obtener un puntaje total de gravedad de los síntomas (rango: 0 - 80) sumando los puntajes para cada uno de los 20 ítems.
- Los puntajes de gravedad del grupo de síntomas DSM-5 se pueden obtener sumando los puntajes de los elementos dentro de un grupo dado, es decir, grupo B (elementos 1 - 5), grupo C (elementos 6 - 7), grupo D (elementos 8 - 14) y el grupo E (elementos 15 - 20).
- Se puede hacer un diagnóstico de TEPT provisional tratando cada ítem calificado como 2 = "Moderadamente" o superior como un síntoma respaldado, luego siguiendo la regla de diagnóstico DSM-5 que requiere al menos: 1 ítem B (preguntas 1 - 5), 1 ítem C (preguntas 6 - 7), 2 ítems D (preguntas 8 - 14), 2 ítems E (preguntas 15 - 20).
- **La investigación inicial sugiere que un puntaje de corte de PCL-5 entre 31 - 33 es indicativo de TEPT probable en todas las muestras.** Sin embargo, se necesita investigación adicional. Además, debido a que la población y el propósito de la evaluación pueden justificar diferentes puntajes de corte, se alienta a los usuarios a considerar ambos factores al elegir un puntaje de corte.

PCL 5
HOJA DE SUMA DE PUNTAJES

CRITERIO	NÚMERO DE PREGUNTA							TOTALES
B	1	2	3	4	5			
C	6	7						
D	8	9	10	11	12	13	14	
E	15	16	17	18	19	20		
							PUNTAJE TOTAL	

Criterio B: Al menos uno Si ____ No ____

Criterio C: Al menos uno Si ____ No ____

Criterio D: Al menos dos Si ____ No ____

Criterio E: Al menos dos Si ____ No ____