

CUESTIONARIO CPSS

A continuación encontrarás preguntas sobre cosas que pueden haber ocurrido en las últimas semanas y que tienen que ver lo que te pasó. No hay respuestas buenas, ni malas. Por favor marca lo que más se acerque a lo que tú has vivido o sentido.

En las últimas semanas...	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes molestas acerca de lo que te pasó y que vienen a tu mente aunque tú no hayas querido recordarlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Has tenido sueños malos o pesadillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Has tenido la sensación como si lo que te pasó estuviera ocurriendo de nuevo, como si estuvieras ahí otra vez? (por ejemplo, al escuchar o ver algo que te recuerde lo que a ti te pasó).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te has sentido mal cuando piensas acerca de lo que te pasó o cuando escuchas hablar acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, sintiéndote asustado, enojado, triste, culpable, con miedo, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Haces esfuerzos para no pensar, no hablar o de no tener sentimientos acerca de lo que te pasó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden lo que te pasó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Has olvidado una parte importante de lo que te pasó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Has tenido muy pocas ganas de hacer cosas que antes acostumbrabas hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido dificultades para sentirte cercano(a) a tus seres queridos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUESTIONARIO CPSS

En las últimas 2 semanas...

Nunca

Pocas
veces

A veces

Muchas
veces

Siempre

11. ¿Te cuesta mucho tener sentimientos fuertes? (por ejemplo, te cuesta mucho llorar o sentirte feliz).

☐
☐
☐
☐
☐

12. ¿Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad? (por ejemplo, has sentido que no terminarás la escuela, que no te casarás o que no tendrás hijos).

☐
☐
☐
☐
☐

13. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido(a) o para permanecer dormido(a) en la noche?

☐
☐
☐
☐
☐

14. ¿Te enojas más fácilmente que antes de vivir lo que te pasó?

☐
☐
☐
☐
☐

15. ¿Has tenido dificultades para concentrarte? (por ejemplo, perdiendo el hilo de una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).

☐
☐
☐
☐
☐

16. ¿Has estado demasiado vigilante? (por ejemplo, estás muy atento(a) de que personas están a tu alrededor).

☐
☐
☐
☐
☐

17. ¿Te asustas más fácilmente que antes? (por ejemplo, cuando alguien se acerca por detrás de ti).

☐
☐
☐
☐
☐

Gracias por compartir lo que sientes...

RE/5
1-5

EV/7
6-12

AC/5
13-17

TEPT