

## Lista de comprobación de depresión\* (Revisado)

**Instrucciones:** Ponga un cheque para indicar cuánto tiene  
**Experimentó cada síntoma durante la semana pasada,**  
**Hoy. Por favor, responda a los 25 artículos.**

	0—No en absoluto	1—Algo	2--Moderadamente	3—Un lote	4— Extremadamente
<b>Pensamientos y sentimientos</b>					
1. Sentirse triste o de bajo					
2. Sentirse infeliz					
3. Hechizos de llanto o lágrimas					
4. Sentirse desanimado					
5. Sentirse desesperanzado					
6. Baja autoestima					
7. Sentirse inútil o inadecuado					
8. Culpa o vergüenza					
9. Criticarse a sí mismo o culparse a sí mismo					
10. Dificultad para tomar decisiones					
<b>Actividades y relaciones personales</b>					
11. Pérdida de interés en la familia, amigos o colegas					
12. Soledad					
13. Pasar menos tiempo con la familia o los amigos					
14. Pérdida de motivación					
15. Pérdida de intereses en el trabajo u otras actividades					
16. Evitar el trabajo u otras actividades					
17. Pérdida de placer o satisfacción en la vida					
<b>Síntomas físicos</b>					
18. Sentirse cansado					
19. Dificultad para dormir o dormir demasiado					
20. Disminución o aumento del apetito					
21. Pérdida de interés en el sexo					
22. Preocuparse por su salud					
<b>Impulsos suicidas</b>					
23. ¿Tienes pensamientos suicidas?					
24. ¿Te gustaría acabar con tu vida?					
25. ¿Tienes un plan para hacerte daño?					
<b>Por favor, total su puntuación en los artículos 1 a 25 aquí →</b>					

\*Copyright© 1984 por David D. Burns, M.D. (Revisado, 1996.)

\*\*Cualquier persona con impulsos suicidas debe buscar ayuda de un profesional de salud mental.

## Lista de comprobación de ansiedad\* (Revisado)

**Instrucciones:** Ponga un cheque para indicar cuánto tiene  
**Experimentó cada síntoma durante la semana pasada,**  
**Hoy. Por favor, responda a los 25 artículos.**

	0—No en absoluto	1—Algo	2--Moderadamente	3—Un lote	4— Extremadamente
<b>Pensamientos y sentimientos ansiosos</b>					
1. Sentirse ansioso					
2. Sentirse nervioso					
3. Sentirse asustado					
4. Sentirse asustado					
5. Preocuparse por las cosas					
6. Sentir que no puedes dejar de preocuparte					
7. Sentirse tenso, agitado o al límite					
8. Sentirse estresado					
9. Sentirse tenso					
10. Pensamientos de que algo aterrador sucederá					
11. Sentirse alarmado o en peligro					
12. Sentirse inseguro					
<b>Síntomas físicos ansiosos</b>					
13. Sentirse mareado, aturdido o desequilibrado					
14. Sentirse desequilibrado de los pies					
15. Sentir que te estás ahogando					
16. Un bulto en la garganta					
17. Sensación de falta de aliento o dificultad para respirar					
18. Sentir saltar, correr el corazón					
19. Dolor o presión en el pecho					
20. Inquietud o nerviosismo					
21. Sensación o Músculos tensos					
22. Temblando o temblando					
23. Entumecimiento u hormigueo					
24. Mariposas o molestias en el estómago					
25. Sudoración o sofocos					
<b>Por favor, total su puntuación en los artículos 1 a 25 aquí →</b>					

\*Copyright© 1984 por David D. Burns, M.D. (Revisado, 1996.)

\*\*Cualquier persona con impulsos suicidas debe buscar ayuda de un profesional de salud mental.

## Escala de detección corta para TEPT

---

DSM- IV artículos que constituyen la escala de cribado de 7 elementos. En: Breslau N, Peterson EL, Kessler RC. Escala de detección corta para el trastorno de estrés postraumático DSM-IV. Am J Psiquiatría 1999;156:908-911. [17]

C2 ¿Evitó que se le recordara esta experiencia al mantenerse alejado de ciertos lugares, personas o actividades? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C4 ¿Perdió interés en actividades que antes eran importantes o agradables? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C5 ¿Empezaste a sentirte más aislado o distante de otras personas? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C6 ¿Te ha costado tener amor o afecto por otras personas? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C7 ¿Empezaste a sentir que no tenía sentido planificar el futuro? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

D1 Después de esta experiencia, ¿tenía más problemas de lo habitual durmiéndote o durmiéndote? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

D5 ¿Te pusiste nervioso o te sorprendiste fácilmente por ruidos o movimientos ordinarios? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

Basado en el Programa de Entrevistas De Diagnóstico para DSM-IV (DIS-IV), Washington Univ., St Louis, 1995).

Las pantallas a escala de 7 elementos para el TRASTORNO DE Trabajo (DPT) de DSM-IV en personas expuestas a eventos traumáticos, tal como se definen en DSM-IV. Está destinado a ser utilizado sólo después de establecer que el encuestado ha experimentado un evento calificado. Por favor, lea el papel cuidadosamente. Contiene toda la información necesaria para usar la escala. Como enfatizamos en el documento, la escala de cribado no es un sustituto adecuado para un diagnóstico psiquiátrico.

**Gravedad de los síntomas de estrés postraumático—Adulto\***  
**\*Encuesta Nacional de Eventos Estresantes PTSD escala corta (NSESSS)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** Male  Female

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor, enumere el evento traumático que experimentó:

\_\_\_\_\_

Fecha del evento traumático: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las personas a veces tienen problemas después de eventos o experiencias extremadamente estresantes. ¿Cuánto te ha molestado durante los días anteriores (7) días por cada uno de los siguientes problemas que ocurrieron o empeoraron después de un evento/experiencia extremadamente estresante? Por favor, responda a cada elemento marcando una caja por fila.

							<b>Uso Clínico</b>
		<b>De ningún modo</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Un rato largo</b>	<b>Extremadamente</b>	<b>Puntuación del artículo</b>
1.	Tener "flashbacks", es decir, de repente actuaste o sentiste como si una experiencia estresante del pasado estuviera sucediendo de nuevo (por ejemplo, experimentó de nuevo partes de una experiencia estresante al ver, oír, oler o sentir físicamente partes de la experiencia)?	0	1	2	3	4	
2.	¿Te sientes muy alterado emocionalmente cuando algo te recordaba a una experiencia estresante?	0	1	2	3	4	
3.	¿Tratando de evitar pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas que te recordaron una experiencia estresante?	0	1	2	3	4	
4.	¿Pensando que un evento estresante sucedió porque tú o alguien más (que no te lastimó directamente) hiciste algo mal o no hiciste todo lo posible para prevenirlo, o por algo sobre ti?	0	1	2	3	4	
5.	¿Tienes un estado emocional muy negativo (por ejemplo, estabas experimentando mucho miedo, ira, culpa, vergüenza o horror) después de una experiencia estresante?	0	1	2	3	4	
6.	¿Perder interés en las actividades que solías disfrutar antes de tener una experiencia estresante?	0	1	2	3	4	
7.	¿Estar "súper alerta", estar en guardia o estar constantemente atento al peligro?	0	1	2	3	4	
8.	¿Te sientes nervioso o fácilmente sorprendido cuando escuchas un ruido inesperado?	0	1	2	3	4	
9.	¿Estar extremadamente irritable o enojado hasta el punto de gritarle a otras personas, meterse en peleas o destruir cosas?	0	1	2	3	4	
<b>Puntuación Total/Parcial Sin Procesar:</b>							
<b>Puntuación Total Raw Prorrateada: (si 1-2 elementos no han dado respuesta)</b>							
<b>Puntuación Total Promedio:</b>							

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVENTOS DE VIDA

A continuación se enumeran una serie de cosas difíciles o estresantes que a veces le suceden a las personas. Para cada evento marque una o más de las casillas a la derecha para indicar que: (a) le sucedió personalmente, (b) presenció que le sucedió a otra persona, (c) se enteró de que le pasó a alguien cercano a usted, (d) no está seguro de si encaja, o (e) no se aplica a usted.

Asegúrate de considerar toda tu vida (creciendo, así como la edad adulta) a medida que pasas por la lista de eventos.

Evento	ME PASÓ A MÍ	LO PRESENCIÉ	APRENDIDO AL RESPECTO	NO SE APLICA
1. Desastre natural (por ejemplo, inundación, huracán, tornado, terremoto)				
2. Incendio o explosión				
3. Accidente de transporte (por ejemplo, accidente de coche, accidente de barco, accidente de tren, accidente de avión)				
4. Accidente grave en el trabajo, en el hogar o durante la actividad recreativa				
5. Exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, sustancias químicas peligrosas, radiación)				
6. Asalto físico (por ejemplo, ser atacado, golpeado, abofeteado, pateado, golpeado)				
7. Asalto con un arma (por ejemplo, ser disparado, apuñalado, amenazado con un cuchillo, un arma, una bomba)				
8. Agresión sexual (violación, intento de violación, hecha para realizar cualquier tipo de acto sexual a través de la fuerza o amenaza de daño)				
9. Otra experiencia sexual no deseada o incómoda				
10. Combate o exposición a una zona de guerra (en el ejército o como civil)				
11. Cautiverio (por ejemplo, ser secuestrado, secuestrado, rehén, prisionero de guerra)				
12. Enfermedad o lesión potencialmente mortal				
13. Sufrimiento humano severo				
14. Muerte súbita y violenta (por ejemplo, homicidio, suicidio)				
15. Muerte súbita e inesperada de alguien cercano a ti				
16. Lesiones graves, daños o muerte que usted causó a otra persona				
17. Cualquier otro evento o experiencia muy estresante				

## Dificultades en la escala de regulación de emociones (DERS)

Indique con qué frecuencia se le aplican las siguientes declaraciones escribiendo el número apropiado de la escala abajo en la línea al lado de cada elemento.

1-----2-----3-----4-----5

casi nunca a veces aproximadamente la mitad del tiempo casi siempre

(0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

- \_\_\_\_ 1) Tengo claro mis sentimientos.
- \_\_\_\_ 2) Presto atención a cómo me siento.
- \_\_\_\_ 3) Yo siento mis emociones como abrumadoras y fuera de control.
- \_\_\_\_ 4) No tengo idea de cómo me siento.
- \_\_\_\_ 5) Tengo dificultad para entender mis sentimientos.
- \_\_\_\_ 6) Estoy atento a mis sentimientos.
- \_\_\_\_ 7) Sé exactamente cómo me siento.
- \_\_\_\_ 8) Me importa lo que siento.
- \_\_\_\_ 9) Estoy confundido acerca de cómo me siento.
- \_\_\_\_ 10) Cuando estoy molesto, reconozco mis emociones.
- \_\_\_\_ 11) Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme así.
- \_\_\_\_ 12) Cuando estoy molesto, me siento avergonzado por sentirme así.
- \_\_\_\_ 13) Cuando estoy molesto, tengo dificultad para hacer el trabajo.
- \_\_\_\_ 14) Cuando estoy molesto, me descontrolo.
- \_\_\_\_ 15) Cuando estoy molesto, creo que seguiré así por mucho tiempo.
- \_\_\_\_ 16) Cuando estoy molesto, creo que terminaré sintiéndome muy deprimido.
- \_\_\_\_ 17) Cuando estoy molesto, creo que mis sentimientos son válidos e importantes.
- \_\_\_\_ 18) Cuando estoy molesto, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas.
- \_\_\_\_ 19) Cuando estoy molesto, me siento fuera de control.
- \_\_\_\_ 20) Cuando estoy molesto, todavía puedo hacer las cosas.
- \_\_\_\_ 21) Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de sentirme así.
- \_\_\_\_ 22) Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar una manera de finalmente sentirme mejor.
- \_\_\_\_ 23) Cuando estoy molesto, siento que soy débil.
- \_\_\_\_ 24) Cuando estoy molesto, siento que puedo mantener el control de mis comportamientos.
- \_\_\_\_ 25) Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme así.
- \_\_\_\_ 26) Cuando estoy molesto, tengo dificultad para concentrarme.
- \_\_\_\_ 27) Cuando estoy molesto, tengo dificultades para controlar mis comportamientos.
- \_\_\_\_ 28) Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.
- \_\_\_\_ 29) Cuando estoy molesto, me irritaba conmigo mismo por sentirme así.
- \_\_\_\_ 30) Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal por mí mismo.
- \_\_\_\_ 31) Cuando estoy molesto, creo que revolcarme en él es todo lo que puedo hacer.
- \_\_\_\_ 32) Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento.
- \_\_\_\_ 33) Cuando estoy molesto, tengo dificultad para pensar en cualquier otra cosa.
- \_\_\_\_ 34) Cuando estoy molesto, me tomo tiempo para averiguar lo que realmente estoy sintiendo.
- \_\_\_\_ 35) Cuando estoy molesto, me toma mucho tiempo sentirme mejor.
- \_\_\_\_ 36) Cuando estoy molesto, mis emociones se sienten abrumadoras.

Reverse-scored items (place a subtraction sign in front of them) are numbered 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 and 34.

**Calculate total score by adding everything up.** Higher scores suggest greater problems with emotion regulation.

**SUBSCALE SCORING\*\*:** The measure yields a total score (SUM) as well as scores on six sub-scales:

- 1. Nonacceptance of emotional responses (NONACCEPT): 11, 12, 21, 23, 25, 29
- 2. Difficulty engaging in Goal-directed behavior (GOALS): 13, 18, 20R, 26, 33
- 3. Impulse control difficulties (IMPULSE): 3, 14, 19, 24R, 27, 32
- 4. Lack of emotional awareness (AWARENESS): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R
- 5. Limited access to emotion regulation strategies (STRATEGIES): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36
- 6. Lack of emotional clarity (CLARITY): 1R, 4, 5, 7R, 9

Total score: sum of all subscales

\*\*" R" indicates reverse scored item

### REFERENCE:

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.