Apéndice A
Cuestionario Identificación Trauma

Este cuestionario forma parte de un estudio de disertación doctoral que se realiza con estudiantes adultos universitarios. Su participación en esta investigación es voluntaria, y su cooperación permitirá entender de una mejor forma las diversas experiencias estresantes a las que están expuestos los estudiantes universitarios. La información que usted nos provea en este cuestionario será tratada con la más estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente para propósitos estadísticos.

1.a Edad
1.b Sexo
☐ Masculino
☐ Femenino

1.c Trabaja
☐ No trabajo
☐ Trabajo tiempo parcial
☐ Trabajo tiempo completo

1.d Estatus marital
☐ Soltero/a
☐ Casado/a o vivo con pareja
☐ Viudo/a
☐ Divorciado/a o separado.

1.e Zona residencial
☐ Urbana
☐ Rural

1.f Estudia
☐ Tiempo completo (12 crds. o más)
☐ Tiempo parcial

A continuación hay unas preguntas sobre sucesos extremadamente estresantes o perturbadores que a veces le ocurren a las personas. Indique si en algún momento en su vida, ha estado expuesto a alguno de estos eventos.

En la primera columna marque el número de veces que ha estado expuesto a ese evento. En la segunda columna se pide que indique el nivel de intensidad del estrés o perturbación que experimentó en el evento. Marque en una escala de 1 al 5 el nivel de intensidad en que afectó su vida, utilizando como guía la escala presentada a continuación.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nunca</th>
<th>No afectó</th>
<th>Poca intensidad</th>
<th>Intenso</th>
<th>Mucha intensidad</th>
<th>Terrible</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DESCRIPTOR DEL EVENTO**

2. a- ¿Algún vez tuvo una experiencia de combate directo en la guerra?
2. b- ¿Algún vez estuvo en un accidente en el cual su vida corrió peligro?
2. c- ¿Algún vez estuvo en un fuego, inundación, huracán, o otro desastre natural?
2. d- ¿Algún vez vio cuando alguien fue herido de gravedad o murió?
2. e- ¿Algún vez lo (la) violaron, es decir, alguien tuvo relaciones sexuales con usted en contra de su voluntad, amenazándolo (a) o usando la fuerza?
2. f- ¿Algún vez le molestaron sexualmente, es decir alguien lo (la) tocó o le palpó sus genitales sin que usted quisiera?
2. g- ¿Algún vez, lo (la) han atacado o golpeado fuertemente?
2. h- ¿Algún vez, lo (la) amenazaron con un arma, mantuvieron cautivo(a) o secuestrado(a)?
2. i- ¿Algún vez ha sido torturado(a) o ha sido víctima de terroristas?
2. j- ¿Algún vez ha pasado por cualquier otro suceso extremadamente estresante o perturbador?
2. k- ¿Algún vez ha sido víctima de violencia, o acoso por parte de alguna persona?
EVENTO
2. ¿Alguna vez ha pasado por cualquier otro suceso extremadamente estresante o perturbador? Mencione: ____________________________

2. m-¿Alguna vez ha recibido un impacto emocional fuerte porque alguno de los sucesos en la lista le pasó a una persona allegada a usted?

☐ Sí ☐ No 0 1 2 3 4 5

Si usted señaló anteriormente que había experimentado algún evento estresante por favor conteste las siguientes preguntas.

3. a ¿Cuál fue el evento que más le afectó a su vida? __________________________________________

3. b ¿Por cuánto tiempo continuó teniendo problemas a causa del evento estresante que más le impactó?

☐ 1 semana. ☐ 1 año
☐ 1 mes ☐ Más de un año
☐ 6 meses

3. c ¿Consultó un médico / psiquiatra/psicólogo sobre los problemas ocasionados por el evento estresante que afectó más su vida?

☐ Sí ☐ No

3. d ¿Qué edad tenía cuando experimentó el evento estresante que afectó más su vida? ______ Años
3. e ¿Qué edad tenía cuando experimentó el segundo evento estresante que afectó más su vida? ______ Años

4. a Los problemas que sucedieron a causa de este (EVENTO/S), ¿interfirió mucho en sus actividades o su vida? Mencione aquellas actividades de su vida que se vieron más afectadas a causa de los EVENTO/S estresantes que vivió e indique el nivel de intensidad en que le afectó.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nunca</th>
<th>Casi Nada</th>
<th>Un poco</th>
<th>Regular</th>
<th>Mucho</th>
<th>Muy mucho</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nivel de Intensidad</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
<td>0 1 2 3 4 5</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. b Mencione qué personas o agencias le sirvieron de ayuda para poder superar los efectos del evento estresante. (Ej. madre, novia, psicólogo).
Indique cuáles de los siguientes síntomas ha estado experimentando después del evento/s estresante.

<table>
<thead>
<tr>
<th>5.a - Tristeza frecuente</th>
<th>5.g - Dolor de cabeza</th>
<th>5.m - Ataques de nervios</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>5.b - Ansiedad</td>
<td>5.h - Dolor corporal</td>
<td>5.n - Dificultad para respirar</td>
</tr>
<tr>
<td>5.c - Miedo</td>
<td>5.i - Dificultad para dormir</td>
<td>5.o - Alta presión</td>
</tr>
<tr>
<td>5.d - Perseguido</td>
<td>5.j - Ataques de Pánico</td>
<td>5.p - Cansancio</td>
</tr>
<tr>
<td>5.e - Se siente aislado o solitario/a</td>
<td>5.k - Se siente culpable sin motivo</td>
<td>5.q - Visión borrosa o doble</td>
</tr>
<tr>
<td>5.f - Siente que no vale nada</td>
<td>5.l - Problemas gastrointestinales</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

6. a ¿Cuánto tiempo después del evento más estresante comenzó a tener cualquiera de los síntomas antes mencionados?

|  |  |  |
|  | El mismo día. | A los 6 meses. |
|  | En la misma semana que ocurrió. | Al año. |
|  | Al mes | Más de un año |

Favor de pasar a la página siguiente y contestar las próximas preguntas.
# PCL-Checklist

A continuación hay una lista de problemas o quejas que la gente tiene como respuesta a experiencias estresantes en la vida. Por favor lea cada una cuidadosamente, luego haga un círculo alrededor del número a la derecha que indica cuánto le ha molestado **durante el pasado mes**.

<p>| | | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>3.a</td>
<td>Ha tenido recuerdos, pensamientos, o imágenes de la experiencia del pasado.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.b</td>
<td>Ha tenido sueños que lo/a atormentan de la experiencia estresante del pasado.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.c</td>
<td>De repente ha comenzado a actuar o a sentirse como si lo/a la experiencia estresante la estuviera viviendo otra vez.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.d</td>
<td>Se ha sentido muy disgustado/a, enfadado/a cuando algo le hacía recordar la experiencia estresante del pasado.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.e</td>
<td>Ha tenido reacciones físicas, (por ejemplo: como que le late (palpita) muy fuerte el corazón, problemas para respirar, sudores) cuando alguna cosa le hacía recordar la experiencia estresante del pasado.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.f</td>
<td>¿Evita pensar o hablar sobre el evento estresante del pasado o evita los sentimientos que tengan que ver con el evento?</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.g</td>
<td>¿Evita actividades o situaciones por que le recordaban la experiencia estresante del pasado?</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.h</td>
<td>¿Ha tenido dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante del pasado?</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.i</td>
<td>¿Ha perdido el interés en las actividades que disfrutaba antes?</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.j</td>
<td>¿Se siente distante o alejado/a de los/las demás?</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.k</td>
<td>No tiene sentimientos o como que no es capaz de sentir cariño o amor por las personas cercanas a usted.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.l</td>
<td>Siente como si de alguna manera su futuro va a ser más corto de lo que pensaba.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.m</td>
<td>Tiene problemas para quedarse dormido/a, o problemas durmiendo.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.n</td>
<td>Se siente de mal humor o tiene ataques de cólera (coraje, enojo).</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.o</td>
<td>Dificultades para concentrarse.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.p</td>
<td>Está muy alerta o atento, muy a la defensiva.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3.q</td>
<td>Siente que se asusta o se sobresalta fácilmente.</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.**

118
Hi Manuel,

I've attached versions of the English and Spanish. Feel free to use. I hope you find it helpful. I'd be curious to get your comments as to whether you think the version would work for Puerto Rican Spanish.

Good luck with your research

Best,

Grant

-----Original Message-----
From: Manuel_Bahamonde_Rodriguez@AURP@PONCE.INTER.EDU
[mailto:Manuel_Bahamonde_Rodriguez@AURP@PONCE.INTER.EDU]
Sent: Friday, October 15, 2004 5:35 AM
To: Marshall, Grant
Subject: PCL-C Spanish version

My name is Manuel Bahamonde, and I am a Psychology professor at the Inter America University of Puerto Rico and also a certified traumatologist. At present I am working in my doctoral dissertation on PTSD incidence in university students. As part of my dissertation I was evaluating Spanish instruments for use in the study. One of the screening checklist that I review was the PCL-C and was thinking in translating it. Recently in the June 2004 Journal of traumatic stress I read about your translation. I am asking you to the authorization and if is possible a copy of the PCL-C Spanish version to use it in my doctoral dissertation. I will appreciate your cooperation and give you the authorship recognition.

Thanks
Manuel Bahamonde

This email message is for the sole use of the intended recipient(s) and may contain privileged
15 de junio de 2005

Manuel E. Bahamonde  
Pontificia Universidad Católica de P.R.  
Instituto de Estudios Graduados  
2250 Ave. Las Américas Suite 655  
Ponce, PR 00717-9997

Estimado señor Bahamonde:

Deseo informarle que la evaluación de su cuestionario sobre “Experiencias traumáticas y sintomatología de estrés post-traumático en una población de estudiantes universitarios” sometida al “Institutional Review Board” ha sido aprobada.

Le deseo mucho éxito con su investigación.

Sinceramente,

[Señal de firma]

Carl Sauder  
Presidente, IRB

av
November 7, 2005

Inter American University of Puerto Rico
Central Office

Prof. Manuel E. Bahamonde- Rodríguez
Departamento de Humanidades
Recinto de Ponce

APPLICATION REGARDING STUDY # 04-05-103: “PREVALENCIA DE EXPERIENCIAS TRAUMATICAS Y SINTOMATOLOGIA DE TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMATICO EN UNA POBLACION DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS”

The research protocol mentioned above was reviewed by expedited process. The protocol is approved as it was finally presented (including modifications).

Regulations require that:
- all documents (surveys, informed consent documents, etc.) presented to research subjects have the IRB seal of approval
- a report of findings be sent to the IRB Administrator after the research has been completed for record purposes.
- changes made to the research protocol after this approval must be reviewed by Board members prior to application to research subjects. Some of these changes may be approved by expedited review while others may require full Board review.

The protocol is subject to continuing review by the Board on or before November, 2006.

Merida Mercado, Ph. D.
IRB President

c: Dra. Magali Quiñones
Dra. Bernardette Feliciano

Institutional Review Board
PO Box 363255 • San Juan, PR 00936-3255 • Tel. (787) 766-1912 • FAX (787) 250-7984
PREVALENCIA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS Y SINTOMATOLOGÍA DE TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Investigación a celebrarse durante Noviembre – Diciembre 2005

Interesados en participar pueden pasar por el Centro de Consejería Profesional Segundo Piso Centro de Estudiantes.

De ser necesaria información adicional Puede comunicarse con:

Manuel Bahamonde, M.A., Investigador principal Gerencia Académica, Oficina 212 TEL. 787-284- 1912 Ext. 2242 Correo electrónico- mbahamon@ponce.inter.edu
Apéndice F

Hoja Informativa

Lea con cuidado la información a continuación, una vez leído si está de acuerdo en participar en este proyecto de investigación, puede llenar el cuestionario, no es necesario firmar o dar su nombre en ninguna de las partes.

Usted ha sido seleccionado como parte de la muestra de un estudio de disertación doctoral que se realiza con estudiantes adultos universitarios. Su participación en esta investigación es anónima y totalmente voluntaria, su cooperación nos permitirá entender de una mejor forma las diversas experiencias estresantes a las que están expuestos los estudiantes universitarios. La información que usted nos provea en este cuestionario será tratada con la más estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente para propósitos estadísticos.

El contestar el cuestionario significa su aceptación de participar en la investigación que realiza el candidato al grado Doctoral Manuel Bahamonde M.A., quien está supervisado por la Dra. Magali Quiñones Ph. D..

Esta investigación tiene como propósito el explorar y evaluar la incidencia de experiencias traumáticas en un grupo de estudiantes universitarios. Por lo que alguna información podría traerle memorias de eventos dolorosos del pasado.

Al aceptar participar, estaré completando una hoja de información demográfica y responderé a un cuestionario, una vez finalizado coloque el cuestionario en el sobre provisto, sélelo y entregue a la persona encargada. Llenar el cuestionario toma aproximadamente unos 15 minutos y será de forma voluntaria, pudiendo retirarme en cualquier momento.

Se me ha informado que esta investigación está de acuerdo con las disposiciones éticas de confidencialidad, respeto al cliente y precauciones en la investigación, según estipuladas por el Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico, Códigos de Ética de la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico y la Asociación Americana de Psicología. Esta investigación fue aprobada por la Junta de Revisión Institucional de la UIPR y PUCPR. De ser necesario, puedo solicitar una copia de la aprobación por parte de las Juntas.

Tengo conocimiento de que la información aquí obtenida se mantendrá bajo estricta confidencialidad anónimato. Estoy de acuerdo en que los resultados grupales obtenidos en este estudio, podrán ser publicados manteniendo y la confidencialidad de mi persona.

Entiendo que este estudio conlleva riesgos mínimos a mi persona, de experimentar malestar físico, emocional o mental como resultado de esta investigación, no recibiré compensación económica, pero sí recibiré tratamiento adecuado libre de costo.
Estoy de acuerdo con mi participación en esta investigación es voluntaria y que tengo el derecho de decidir no participar en cualquier momento.

Si tengo preguntas acerca del estudio, puedo comunicarme con el Sr. Manuel Bahamonde a los teléfonos (787) 602-9266; (787) 284-1912 Ext. 2242 o vía correo electrónico a: mbahamon@ponce.inter.edu.

Entiendo mis derechos como participante y de forma voluntaria estoy de acuerdo en participar en este estudio. El contestar este cuestionario significa mi aceptación de participación en el estudio.