

# DES-II en Español

## Dissociative Experiences Scale-II

### Instrucciones de aplicación

Indique qué tan frecuentemente le ocurre cada experiencia en la **vida diaria** (no solo bajo alcohol o drogas). 28 ítems. Tiempo: 10 min.

0% = Nunca · 25% = Rara vez · 50% = A veces · 75% = A menudo · 100% = Casi siempre

| #  | Ítem / Pregunta                                            | 0%                       | 25%                      | 50%                      | 75%                      | 100%                     |
|----|------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1  | Alguien más habla dentro de mi cabeza                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2  | Alguien más hace cosas con mis manos o piernas             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Me siento como si no fuera yo mismo(a)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4  | Mi cuerpo se siente diferente, como si no fuera el mío     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5  | Me siento separado(a) de lo que me rodea                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Las cosas me parecen irreales o extrañas                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Me siento como si estuviera soñando despierto(a)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Me siento emocionalmente distante de las personas          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Me siento como si estuviera observándome desde afuera      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Las cosas a mi alrededor parecen irreales                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Me siento como si fuera otra persona                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | No estoy seguro(a) si lo que recuerdo realmente ocurrió    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Encuentro cosas mías que no recuerdo haber comprado        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Encuentro notas o dibujos que no recuerdo haber hecho      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Encuentro ropa mía que no recuerdo haber usado             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Encuentro evidencia de haber hecho cosas que no recuerdo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Me encuentro en un lugar sin saber cómo llegué             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Me encuentro vestido(a) de forma diferente a como recuerdo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Olvido cosas importantes de mi vida personal               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Olvido cómo hacer algo que sé hacer                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Olvido información personal importante                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Olvido eventos importantes de mi vida                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Olvido conversaciones enteras                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| #  | Ítem / Pregunta                             | 0% | 25% | 50% | 75% | 100% |
|----|---------------------------------------------|----|-----|-----|-----|------|
| 24 | Olvido dónde puse las cosas                 | ■  | ■   | ■   | ■   | ■    |
| 25 | Olvido lo que acabo de decir o hacer        | ■  | ■   | ■   | ■   | ■    |
| 26 | Olvido lo que acabo de pensar               | ■  | ■   | ■   | ■   | ■    |
| 27 | Olvido lo que otra persona acaba de decir   | ■  | ■   | ■   | ■   | ■    |
| 28 | Olvido mi nombre o datos personales básicos | ■  | ■   | ■   | ■   | ■    |

**PUNTAJE MEDIO:** \_\_\_\_ / 100 · **Corte sugerido:** ≥ 30

## Interpretación del puntaje

| Puntaje medio | Nivel    | Acción sugerida                                 |
|---------------|----------|-------------------------------------------------|
| 0 – 19        | Normal   | Sin intervención específica                     |
| 20 – 29       | Leve     | Monitoreo; explorar estrés                      |
| 30 – 49       | Moderado | Evaluación clínica de disociación               |
| 50 – 100      | Severo   | Evaluación especializada; trastorno disociativo |

## Integra DES-II en evaluaciones de disociación con Kalyo — kalyo.io

Carlson EB, Putnam FW. An update on the DES. Dissociation. 1993;6(1):16-27.

© Kalyo — kalyo.io | Recurso de uso clínico libre. No sustituye evaluación profesional.