

Lista de Control Para PTSD-Versión Civil (PCL-C)

Nombre del Cliente: _____

Instrucciones para el paciente: Abajo hay una lista de problemas y quejas que los veteranos a veces tienen como resultado de experiencias estresantes de la vida. Favor de leer cada uno cuidadosamente y escribir una “X” en la caja para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

Para Nada	1	Moderadamente	3
Poquito	2	Bastante	4
Extremadamente	5		

No.	La Reacción	1	2	3	4	5
1.	Memorias, pensamientos, o imágenes perturbantes y repetidas de una experiencia estresante del pasado?					
2.	Sueños perturbantes y repetidos de una experiencia estresante del pasado?					
3.	De repente actuando o sintiéndose como si una experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si lo estuviera viviendo otra vez)?					
4.	Sintiéndose molesto cuando algo le recuerda una experiencia perturbante del pasado?					
5.	Teniendo reacciones físicas-ej. (latidos fuertes del corazón, dificultad para respirar, o sudando) cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?					
6.	Evitar pensar de o hablar acerca de una experiencia estresante del pasado o evitar tener sentimientos relacionados a la experiencia?					
7.	Evitar actividades o situaciones porque le recuerdan una experiencia estresante del pasado?					
8.	Dificultad recordando partes importantes de una experiencia estresante del pasado?					
9.	Pérdida de interés de cosas que antes gozaba?					
10.	Sintiéndose distante o separado/a de otras personas?					
11.	Sintiéndose entumecido emocionalmente o no poder tener sentimientos cariñosos hacia las personas más cercanas?					
12.	Sintiéndose como si su futuro de alguna manera se acortará?					
13.	Teniendo dificultad manteniéndose dormido/a?					
14.	Sintiéndose irritable o teniendo enfurecimientos?					
15.	Teniendo dificultad concentrando?					
16.	Estando “súper alerta/a” o vigilante?					
17.	Sintiéndose asustadizo/a o sorprendido/a fácilmente?					