

PCL-CIE-11

Código del paciente: _____ Fecha: _____

En esta hoja se mencionan una serie de problemas y de síntomas que la gente tiene a veces en respuesta a experiencias estresantes de la vida. Queremos conocer en qué medida ha tenido usted estas respuestas tras la **experiencia traumática que sufrió**. Por favor, lea cada una con detenimiento y RODEE el número que se ajuste mejor **al grado en que ha presentado usted ese problema o síntoma en el último mes**.

REACCIÓN:	Nada en absoluto (1)	Un poco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Extremadamente (5)
1. ¿Ha tenido <i>recuerdos, pensamientos</i> o <i>imágenes</i> dolorosos de esa experiencia?	1	2	3	4	5
2. ¿Ha tenido pesadillas repetidas de lo sucedido?	1	2	3	4	5
3. ¿Ha actuado o se ha sentido repentinamente como si la experiencia pasada estuviese ocurriendo de nuevo?	1	2	3	4	5
4. ¿Ha evitado <i>pensar</i> o <i>hablar</i> de esa experiencia o ha evitado <i>sentimientos</i> relacionados con lo sucedido?	1	2	3	4	5
5. ¿Ha evitado hacer ciertas <i>actividades</i> o estar en <i>situaciones</i> que le recordasen lo sucedido?	1	2	3	4	5
6. ¿Se ha sentido <i>superalerta</i> o en un estado de permanecer en guardia?	1	2	3	4	5
7. ¿Se ha sentido inquieto o fácilmente sobresaltable?	1	2	3	4	5