Participant ID				
Date:				
Interviewer Initials:				

PCL-C

<u>Instrucciones:</u> En seguida encontrará una lista de quejas y problemas que las personas pueden tener cuando han sido expuestas a eventos estresantes en su vida. Por favor léa las preguntas con cuidado, y marque uno de los numeros a la derecha para indicar que tanto lo ha afectado el problema <u>en el último mes</u>.

	Nada	Un poco	Moderádamente	Bastante	Extremádamente
1. Ha tenido recuerdos, pensamientos o					
imagenes inquietantes que ocurren	1	2	3	4	5
repetidamente debido a una experiencia					
estresante en su pasado?					
2. Ha tenido sueños perturbantes que	1	2	3	4	5
ocurren repetidamente debido a una	. 1	2	3	4	J
experiencia estresante en su pasado?					
3. De súbito ha tenido la sensación o ha					
actuado como si la experiencia estresante	1	2	3	4	5
esta repitiendose (como si la estuviera				·	-
reviviendo)?					
4. Se ha sentido muy molesto cuando algo					
le recuerda la experiencia estresante en su	1	2	3	4	5
pasado?	•	-	3	r	J
5. Ha tenido reacciones físicas(ej.					
palpitaciones, dificultad para respirar,					
sudoración) cuando algo le recuerda la	1	2	3	4	5
experiencia estresante de su pasado?	•	2	J	7	3
6. Ha evitado <i>pensar o hablar</i> acerca de la					
experiencia del pasado o ha evitado tener	1	2	3	4	5
sentimientos relacionados con la experiencia?	1	2	3	4	5
7. Ha evitado actividades o situaciones					
	,	2	2		~
debido a que le recuerdan una experiencia	1	2	3	4	5
estresante del pasado?	*******				
8. Ha tenido problema recordando partes	1	2	3	4	5
importantes de la experiencia estreantes de su					
pasado?					
9. Ha perdido el interes en actividades que	1	2	3	4	5
disfrutaba en el pasado?		-		····	·
10. Se ha sentido <i>alejado/a o distante</i> de	1	2	3	4	5
otras personas?		-		•	
11. Se ha sentido emocionalmente				10.00	
bloqueado /a sin poder tener sentimientos	1	2	3	4	5
amorosos hacia las personas cercanas a Ud?					
12. Ha sentido como si su vida se va a	1	2	3	4	5
acabar de repente pronto?	1	2	J	4	J
13. Ha tenido problemas quedandose	1	2	3	4	5
dormido/a o despertandose durante la	1	~	J	7	J
noche?					
14. Se ha sentido <i>molesta</i> o le han dado	*****				
5	1	2	3	4	5
ataques de ira?					
15. Ha tenido <i>problemas</i> consentrandose?	1	2	3	4	5
16. Se ha sentido alarmado/a o ha estado al	i	2	3	4	5
asecho o en guardia?					J
17. Se ha sentido nervios/a o se sobresalta	1	2	3	4	5
con facilidad?	•	-	<u> </u>	•	J