

TRAUMA CLÍNICO CHECKLIST



FECHA _____

Nº	ACTIVITIES	<input checked="" type="checkbox"/>
1	¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de una experiencia estresante?	
2	¿Sueños repetitivos o inquietantes de una experiencia estresante?	
3	¿Repentinamente se siente o actúa como si estuviera reviviendo una experiencia estresante?	
4	¿Siente enojo cuando algo le recuerda una experiencia estresante?	
5	¿Tiene fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda una experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	
6	¿Evita recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con una experiencia que lo ha impactado mucho?	
7	¿Evita cosas externas que le recuerden una experiencia estresante? (Por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)	
8	¿Tiene dificultad para recordar hechos importantes relacionados a una experiencia muy impactante?	
9	¿Tiene dificultad para concentrarse?	
10	¿Tiene dificultad para dormir o quedarse dormido?	



**IMPORTANTE TENER EN CUENTA PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE ESTA HERRAMIENTA**

PARA HABLAR DEL IMPACTO DE UN TRAUMA, SE DEBEN CUMPLIR ESTOS CRITERIOS EN UNA BASE DE 3 A 5 DÍAS POR SEMANA, DURANTE UN PERIODO DE 3 MESES.

ADMINISTRE ESTA HERRAMIENTA DESDE LA OBSERVACIÓN DIARIA POR AL MENOS 2 SEMANAS. SI NO ES USTED MISMO, PUEDE HACER ESTAS PREGUNTAS A LA PERSONA QUE LE PREOCUPA.

ENTREGUE LOS RESULTADOS A SU PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA O PSIQUIATRÍA DE CONFIANZA PARA GARANTIZAR LOS RESULTADOS Y ENTERARSE CÓMO PROCEDER

TOME NOTA DE CUALQUIER SUCESO QUE CONSIDERE DE INTERÉS PARA EL PROFESIONAL

**ESTE CUESTIONARIO PUEDE ADMINISTRARSE EN CUALQUIER
PERSONA MAYOR DE 12 AÑOS**