

## TCU TRMAFORM

**Instrucciones: A continuación hay una lista de PROBLEMAS y QUEJAS con que las personas a veces responden cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Por favor lea con cuidado cada una e indique que tanto lo ha molestado cada uno de estos problemas en el PASADO MES.**

<i>Nunca</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderada-mente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremada-mente</i>
<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>

- |    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | ¿Se le repiten memorias, pensamientos o imágenes estresantes de una experiencia? .....  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 2. | ¿Repetidas pesadillas de una experiencia estresante? .....  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 3. | ¿De repente, actúa o se siente como si una experiencia estresante estuviera sucediendo de nuevo (como si lo estuviera viviendo otra vez)? .....                         | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 4. | ¿Sintiéndose muy trastornado cuando algo le recuerda de una experiencia estresante? .....   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 5. | ¿Teniendo reacciones físicas (como por ejemplo, el corazón le palpita, se siente que se ahoga, o empieza a sudar) cuando le recuerdan una experiencia estresante? ..... | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 6. | ¿Evitando pensar acerca de una experiencia estresante, hablando sobre ella, o evitando tener emociones en relación con ella? .....                                      | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 7. | ¿Evitando actividades o situaciones porque le recuerdan de una experiencia estresante? .....  | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 8. | ¿Le causa dificultad recordar detalles de una experiencia estresante? .....   | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

<input type="text"/> Client ID#	<input type="text"/> Today's Date	<input type="text"/> Facility ID#	<input type="text"/> Zip Code	<input type="text"/> Administration
------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--

<i>Nunca</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderada-- mente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremada- mente</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 9. ¿Ha perdido interés en actividades que usted antes disfrutaba? .....  | <input type="radio"/> |
| 10. ¿Sintiéndose distanciado o aislado de otras personas? .....  | <input type="radio"/> |
| 11. ¿Sintiéndose emocionalmente insensible o sin la habilidad de sentir afecto hacia sus seres cercanos? ..... | <input type="radio"/> |
| 12. ¿Sintiéndose como si de alguna manera su futuro va a ser tronchado? .....                                  | <input type="radio"/> |
| 13. ¿Teniendo problemas para dormirse o quedarse dormido? .....  | <input type="radio"/> |
| 14. ¿Sintiéndose irritable o le dan arrebatos de ira/coraje? .....   | <input type="radio"/> |
| 15. ¿Le cuesta trabajo concentrarse? .....   | <input type="radio"/> |
| 16. ¿Estando "súper alerta" o vigilante o en guardia? .....  | <input type="radio"/> |
| 17. ¿Sintiéndose inquieto o se sobresalta con facilidad? .....   | <input type="radio"/> |

From Weathers, Litz, Huska, Keane (1994). National Center for PTSD: Boston, MA. (In Translation)