

Lista de symptoms para adultos y adolescents

Porfavor marce todos lo que aplicen

Desde lo que paso, yo, _____, he:

- Tenido imagenes y pensamiento intrusivos de los eventos que ocurrieron
 - Tenido pesadillas
 - Sentimientos de que esto esta volviendo a ocurrir
 - Sentido fuerte zozobra sin saber que la esta causando
 - Evitado actividades, gente, lugares que me recuerdan de lo que paso
 - Evitado actividades que antes me gustaban
 - Sentido que estoy aislada y separada de los de mas
 - Perdido mis sentimientos hasta con mis familiares/ siento entumecimiento emocional constantemente
 - Sentido preocupacion de que mis queridos familiares vayan a falleser joven
 - Tenido dificultad durmiendo
 - Tenido irritabilidad o arranques de temperamento
 - Tenido dificultad cuando trato de concentrarme
 - Sentido que siempre estoy bajo vigilancia/ constantemente siento que algo malo esta apunto de pasar
 - Sobresaltado frecuentemente
 - Tenido sentimientos de que lo que esta a mi alrededor no es realidad
 - Tenido problemas de memoria en poder acordarme de lo que ocurrio
 - Tenido musculos tensos
 - Tenido mas fatiga
 - Tenido dolores de cabeza, estomago/ me he sentido mas enferma de lo normal
 - Empezado a preocupar me de todo constantemente
 - Ataques de panico
 - Tenido miedo de salir de la casa sola
 - Tenido problemas en acordarme que ocurrio hace un par de horas/ inability de poder explicar como es que llegue a el sitio en el que estoy
 - Sentido desesperacion
 - Sentido enojo constantemente
 - Tenido depression
 - Tenido deseos de morir, quiza suicidio
 - Tenido disminucion o aumentacion en sexo
 - Tenido aumento en el uso de drogas de prescripcion
 - Tenido aumento en el uso de drogal ilegales o alcohol
 - Sentido deseo de matar alguien
 - Notado que lo que anteriormente me asustaba ya no me asusta
 - Sido menos attentiva hacia mi seguididad
 - Lastimado a mi misma (cortando-me, quemando-me, rasgunando-me)
 - Otros _____
-