ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TRAUMA PSICOLÓGICO (Cazabat, Regner, Kriwet, 2015)

Apellido y Nombre: _____

Sexo: V-M - Ocupación: _____ Edad: __ Fecha___/___/201___

Estudios 1°-2°-3°-Univ.

Complete las secciones 1 y 2 en las siguientes páginas.

La sección 3 está reservada al profesional.

3- RESERVADO AL PROFESIONAL

Señale con un círculo la cantidad de ítems de cada tipo que el consultante marcó en la sección 2 con un puntaje mayor que cero. Si todos los círculos están en la columna TEPT, alcanza los criterios para el diagnóstico. Si alguno de los círculos está en la columna "Trauma Subclínico", y el total es mayor que 0, indica la presencia de síntomas que no alcanzan los criterios de TEPT. De la suma de Trauma Subclínico + TEPT obtiene el total de síntomas experimentados. Trasladando los puntajes correspondientes a Frecuencia e Intensidad, y haciendo la suma correspondiente se obtendrá el puntaje por subescala y el total para toda la sintomatología.
Si el consultante asignó un puntaje mayor que 0 en las preguntas sobre disociación, marque "con síntomas disociativos". Poniendo en sentido vertical la hoja de la sección 2, y uniendo las puntuaciones de cada ítem en frecuencia, obtendrá el perfil.

	T. Sub-clínico	TEPT	Frecuencia	Intensidad
Intrusión	0	1-2-3-4	__+__+__=	__+__+__=
Evitación	0	1-2-3-4-5	__+__+__+__+__=	__+__+__+__+__=
Cogniciones y Estado del Ánimo	0-1	2-3-4-5-6-7-8-9-10-11	__+__+__+__+__+__+__+__+__+__=	__+__+__+__+__+__+__+__+__+__=
Activación y Reactividad	0-1	2-3-4	__+__+__+__=	__+__+__+__=
TOTAL				
Diagnóstico				
Sin Diagnóstico	Trauma Subclínico	TEPT Leve	TEPT Moderado	TEPT Grave
Con Síntomas Disociativos			Sí	No

1-Historia de Traumas: A continuación, se presenta una lista de eventos que pueden ser altamente estresantes y/o traumáticos para la mayoría de las personas**. Por favor, conteste** marcando con una cruz (x) si usted ha sido **protagonista**, **testigo** o **se enteró** (no cuenta si fue por TV, internet o algún medio electrónico) de alguno de los siguientes **eventos estresantes y/o traumáticos**. A continuación, especifique el **periodo aproximado** (fecha aproximada) durante el cual experimentó el evento, y la **cantidad aproximada** (número de veces) que tuvo que atravesar esa situación.

Eventos traumáticos		**Fui protagonista**	**Fui testigo**	**Me enteré**	**Periodo aproximado**		**Cantidad de veces**
					Desde (Fecha aproximada)	**Hasta** (Fecha aproximada)	
1.	Accidente en tren, auto, avión, etc.						
2.	Accidente de trabajo u hogareño						
3.	Pérdida de su hogar						
4.	Huracán						
5.	Inundación						
6.	Terremoto						
7.	Muerte accidental de un ser querido						
8.	Muerte provocada de un ser querido						
9.	Secuestro						
10.	Robo						
11.	Cautiverio						
12.	Experiencia sexual indeseada.						
13.	Abuso sexual						
14.	Violación						
15.	Abuso físico						
16.	Abuso verbal						
17.	Abuso psicológico						
18.	Violencia doméstica						
19.	Experiencia (real o subjetiva) de estar próximo a la muerte						
20.	Experiencias de guerra						
21.	Hostigamiento por pares						
22.	Castigos físicos						
23.	Humillaciones						
24.	Segregación o discriminación						
25.	Exilio						
26.	Tortura						
27.	Encarcelamiento						
28.	Desaparición forzosa						
29.	Otros (por favor especifique):						
30.							
31.							
32.							
33.							
34.							
35.							
36.							
37.							
38.							

2.- Después de haber vivido _____(hecho estresante o traumático identificado por Ud. en la lista 1)**, por favor responda con qué frecuencia e intensidad ha experimentado las siguientes situaciones o síntomas durante el último mes.**

Elija una de las siguientes opciones para responder la frecuencia con que ha experimentado las situaciones o síntomas: **0=NUNCA, 1=MUY POCAS VECES, 2=ALGUNAS VECES, 3=CON BASTANTE FRECUENCIA, 4=MUY FRECUENTEMENTE**

Por favor evalúe **en una escala del 0 al 10** el nivel de intensidad de la perturbación o malestar con que ha experimentado la situación o síntoma.

Tenga en cuenta que puede que la frecuencia sea baja pero la intensidad alta (p. ej. puede haber recordado alguna vez el hecho, pero el malestar experimentado al recordarlo ha sido muy intenso). O al revés, la frecuencia alta pero la intensidad baja (p ej., puede tener recordatorios todos los días, pero la perturbación o malestar experimentado es bajo).

			FRECUENCIA					INTENSIDAD (De 0 a 10)
1.	He tenido recuerdos involuntarios y angustiantes sobre el evento.	INT	0	1	2	3	4	
2.	Me vienen a la mente pensamientos perturbadores sobre el acontecimiento.		0	1	2	3	4	
3.	He tenido pesadillas o sueños desagradables que en algún aspecto se relacionan con el evento.		0	1	2	3	4	
4.	He tenido la sensación de volver a vivir la misma circunstancia y/o he tenido flashbacks (breves recuerdos espontáneos del evento).		0	1	2	3	4	
5.	Traté de evitar recuerdos, pensamientos o emociones angustiantes relacionadas con el evento.	EV	0	1	2	3	4	
6.	Evité personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones, que me hagan pensar cosas relacionadas con el suceso.		0	1	2	3	4	
7.	Traté de evitar todo lo que me despierte estados emocionales similares o relacionados al evento.		0	1	2	3	4	
8.	Me alejé de todo aquello que me hiciera recordar el evento.		0	1	2	3	4	
9.	He evitado los lugares en donde ocurrió el hecho.		0	1	2	3	4	
10.	He experimentado creencias o expectativas negativas exageradas sobre mí y/o sobre mi futuro (ej. “soy malo”, “soy un inútil”, “no voy a salir adelante” etc.).	COG-ÁN	0	1	2	3	4	
11.	Tengo pensamientos negativos y una visión pesimista sobre mi futuro, el de los demás o la vida (ej., “ya no puedo confiar en nadie,” “el mundo es muy peligroso” etc.).		0	1	2	3	4	
12.	Me dejó de importar mi futuro o los objetivos que tenía en mente.		0	1	2	3	4	
13.	Me he encontrado en estados negativos de los cuales me ha costado salir (ej., miedo, terror, enojo, culpa o vergüenza).		0	1	2	3	4	
14.	He perdido el interés, en cosas que antes encontraba placenteras o que son importantes para mí.		0	1	2	3	4	
15.	Me he sentido desapegado de los demás o los he sentido como extraños.		0	1	2	3	4	
16.	Me he sentido incapaz de experimentar emociones positivas (ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).		0	1	2	3	4	
17.	He sentido como un aplanamiento emocional, o que ya no puedo sentir como antes.		0	1	2	3	4	
18.	Siento que ya no soy el mismo de antes.		0	1	2	3	4	
19.	Me he sentido solo, con preocupación y tristeza.		0	1	2	3	4	
20.	Me he sentido vulnerable, como que he perdido el control, o con miedo a volverme loco.		0	1	2	3	4	
21.	Ya no puedo concentrarme como antes y/o mi desempeño ha disminuido.		0	1	2	3	4	
22.	He tenido reacciones exageradas de ira o enojo.	ACT-RE	0	1	2	3	4	
23.	Agredí física o verbalmente a otras personas o me descargué rompiendo o dañando cosas, etc.		0	1	2	3	4	
24.	He tenido momentos de nerviosismo constante, como si estuviera siempre en guardia.		0	1	2	3	4	
25.	Me he sobresaltado o asustado con facilidad.		0	1	2	3	4	
26.	Me he sentido como un observador externo de mi cuerpo o de mi mente (ej., como si soñara; con una sensación de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o como cuando estoy viendo a otra persona).	DIS	0	1	2	3	4	
27.	He tenido la sensación de vivir las cosas como en cámara lenta o de que el tiempo transcurre lentamente.		0	1	2	3	4	
28.	Me he sentido extraño dentro de mi cuerpo o como separado de él.		0	1	2	3	4	
29.	He tenido sensaciones de despersonalización, como que no me reconozco a mí mismo.		0	1	2	3	4	