ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(TEPT)-(TOP 8)

|  |
| --- |
| **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Contacto Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: Cédula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **El entrevistador debe identificar qué suceso traumático es el más molesto y valorar cuánto ha molestado cada síntoma al paciente durante la última semana.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Acontecimiento:** |
| 1. ¿Ha experimentado imágenes dolorosas, pensamientos o recuerdos de acontecimientos que no ha podido apartar de su mente, aunque quisiera? 2. Nada 3. Leve: raramente y/o molestos 4. Moderado: por lo menos una vez a la semana y/o producen algo de estrés 5. Grave: por lo menos 4 veces por semana o moderadamente estresante 6. Extremadamente grave: diariamente o producen tanto estrés que el paciente no puede trabajar o funcionar socialmente |
| 1. ¿Exponerse a un suceso que le recuerda, o se parece al acontecimiento vivido, le provoca alguna respuesta física (p. ej., sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, hiperventilación, mareos, etc.)? 2. Nada 3. Un poco: infrecuente o dudoso 4. Algo: levemente estresante 5. Significativo: causa mucho estrés 6. Marcado: muy estresante; puede hacerle buscar ayuda debido a la respuesta física (p.ej., dolor torácico tan grave que el paciente esté seguro de tener un ataque de corazón) |
| 1. ¿Ha evitado lugares, gente, conversaciones o actividades que le recuerdan al acontecimiento (p. ej., películas, espectáculos de televisión, ciertos lugares, reuniones, funerales)? 2. No evita 3. Leve: de dudosa significación 4. Moderado: evitación clara de las situaciones 5. Grave: muy incomoda y la evitación afecta su vida de alguna manera 6. Extremadamente grave: encerrado en casa, no va a tiendas o restaurantes, restricciones funcionales mayores |
| 1. ¿Ha experimentado menos interés (placer) en cosas de las que antes habitualmente disfrutada? 2. Sin pérdida de interés 3. Una o dos actividades menos placenteras 4. Varias actividades menos placenteras 5. La mayoría de las actividades menos placenteras 6. Casi todas las actividades menos placenteras |
| 1. ¿Tiene menos contacto con la gente que el que solía tener? ¿Se siente distanciado de la gente? 2. No problema 3. Sentimientos de distanciamiento/alejamiento, pero aun mantiene un grado de contacto normal con otros 4. Algunas veces evita contactos en los que normalmente participaría 5. Usualmente evita a la gente con la que previamente se asociaba 6. Rechaza absolutamente o evita activamente todo contacto social |
| 1. ¿Puede tener sentimientos cariñosos/sentirse cerca de otros? ¿Se siente insensible? 2. Sin problema 3. Leve: o dudosa significación 4. Moderado: alguna dificultad expresando sentimientos 5. Grave: problemas claros expresando sentimientos 6. Muy grave: no tiene sentimientos, insensible la mayor parte del tiempo |
| 1. ¿Se mantiene en estado de alerta? ¿Está usted vigilante? ¿Se siente con los nervios de punta? ¿Se sienta protegiendo su espalda con la pared? 2. Sin problema 3. Leve: ocasional/no interfiere 4. Moderado: causa molestias/se siente nervioso o vigilante en algunas situaciones 5. Grave: causa molestias/ se siente nervioso o vigilante en la mayoría de las situaciones 6. Extremadamente grave: causa extrema de molestias y/o altera la vida (sentimientos constantes de alerta/socialmente incapacitado debido a su hipervigilancia) |
| 1. ¿Se asusta fácilmente? ¿Tiene tendencia a asustarse? ¿Es esto un problema después de un ruido inesperado, o si usted oye o ve algo que le recuerda su trauma? 2. Sin problema 3. Leve: ocasional pero no interfiere 4. Moderado: causa claras molestias o una respuesta exagerada de susto por lo menos cada 2 semanas 5. Grave: ocurre más de una vez por semana 6. Extremadamente grave: tan mal que el paciente no puede funcionar, ni en el trabajo, ni socialmente |