

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

1

Criterio A: La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual las dos características siguientes estaban presentes:

- (1) La persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron la presencia real de peligro de muerte o de lesiones graves o amenazas a la integridad física de sí misma o de otras.
- (2) Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, indefensión o terror. *Nota:* en niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.

Le voy a preguntar sobre algunas cosas difíciles o estresantes que algunas veces les ocurren a las personas. Algunos ejemplos de esto son: haber estado en algún tipo de accidente grave, en un incendio, huracán, terremoto; haber sido asaltado, golpeado o atacado con un arma; o bien haber sido forzado sexualmente. Comenzaré por pedirle que mire una lista de experiencias como éstas y marque alguna que le haya afectado a usted. Entonces, si alguna de ellas le afectó, le pediré que describa brevemente qué sucedió y cómo se sintió en ese momento.

Algunas de estas experiencias pueden ser duras de recordar, o pueden traer recuerdos o sentimientos desagradables. Las personas con frecuencia encuentran que hablar sobre ellos puede ayudarles, pero usted decidirá cuánto quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágamelo saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígamelo. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

Entregue la lista, después revise y pregunte sobre tres acontecimientos. Si señala más de tres, determine sobre qué tres va a preguntar (p. ej., el primero, el peor y el más reciente; o los tres acontecimientos peores; o el trauma de interés y los otros dos peores, etc.)

Si no se han identificado acontecimientos en la lista: (¿Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o ha sido herido o lesionado gravemente?)

Si no: ¿Ha habido alguna situación en la que estuvo amenazado/a de muerte o con daño grave, aun cuando no haya sido directamente herido/a o lesionado/a?

Si no: ¿Ha presenciado algún hecho similar, ocurrido a otra persona, o ha tenido conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted?

Si no: ¿Cuáles cree que han sido las experiencias más estresantes que ha tenido en su vida?

ACONTECIMIENTO N.º 1

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)

¿Amenaza vital?

No Sí [Sujeto Otro

¿Lesión grave?

No Sí [Sujeto Otro

¿Amenaza de la integridad física?

No Sí [Sujeto Otro

A (2)

¿Miedo intenso/indefensión/horror?

No Sí [Durante Después

Criterio A

¿Se cumple? No Probable Sí

ACONTECIMIENTO N° 2

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)
 ¿Amenaza vital?
 No Sí [Sujeto Otro
 ¿Lesión grave?
 No Sí [Sujeto Otro
 ¿Amenaza de la integridad física?
 No Sí [Sujeto Otro
 B (2)
 ¿Miedo intenso/indefensión/horror?
 No Sí [Durante Después
 Criterio A
 ¿Se cumple? No Probable Sí

ACONTECIMIENTO N° 3

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describe (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)
 ¿Amenaza vital?
 No Sí [Sujeto Otro
 ¿Lesión grave?
 No Sí [Sujeto Otro
 ¿Amenaza de la integridad física?
 No Sí [Sujeto Otro
 C (2)
 ¿Miedo intenso/indefensión/horror?
 No Sí [Durante Después
 Criterio A
 ¿Se cumple? No Probable Sí

Durante el resto de la entrevista, quiero que mantenga en la mente (los acontecimientos) cuando le pregunte cómo pueden haberle afectado.

Le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntaré si alguna vez ha tenido un problema en particular, y en ese caso, con qué frecuencia en el mes pasado. Entonces le preguntaré cuánto malestar o molestia le ha causado ese problema.

Criterio B. El acontecimiento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas.

1. (B-1) Recuerdos molestos e intrusos del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones.
Nota: en niños pequeños puede ocurrir juego repetitivo en el cual son expresados temas o aspectos del trauma.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tenido alguna vez recuerdos no deseados? (del acontecimiento)? ¿Cómo fueron? (¿Qué recuerda usted?) (Si no está claro) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? [<i>Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño</i>] ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Fue capaz de quitárselos de la mente y de pensar en otra cosa? ¿Cuánto esfuerzo tuvo que hacer? ¿Cuánto interfirieron estos recuerdos en su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderada: angustia presente claramente, pero controlable. Alguna interrupción de actividades 3. Grave: angustia considerable. Dificultad para quitar de la memoria los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades</p> <p>Validez cuestionable (VC) (especificar) _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

2. (B-2) Sueños con el acontecimiento, angustiosos y recurrentes. *Nota:* en niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tenido alguna vez sueños desagradables acerca del acontecimiento? Describa un sueño típico (¿qué sucedió?) ¿Con qué frecuencia ha tenido estos sueños en el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta angustia o molestia le han causado estos sueños? ¿Le despertaron estos sueños? (si la respuesta es sí) ¿Qué pasó cuando se despertó? ¿Cuánto tardó en volverse a dormir? [<i>Preste atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, actuando en las pesadillas, etc.</i>] ¿Han afectado estos sueños a alguna otra persona? ¿Cómo?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia, puede que no se haya despertado 2. Moderada: se despertó angustiado pero se volvió a dormir rápidamente 3. Grave: considerable angustia. Dificultad en volver a dormirse 4. Extrema: angustia incapacitante, no volvió a dormir</p> <p>VC (especificar) _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

3. (B-3) Actuando o sintiendo como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo. (Incluyendo sensaciones de revivir la experiencia), ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (*flashbacks*). Incluyendo aquellos que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado. *Nota:* en los niños pequeños puede ocurrir la representación del acontecimiento traumático específico.

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Alguna vez, de repente, ha actuado usted o sentido como que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo? ¿Ha experimentado imágenes del acontecimiento? Si no está claro: ¿Esto sucedió cuando estaba despierto o sólo en sueños? [*Excluya si sólo ocurrió durante los sueños*]. Dígame más sobre eso. ¿Con cuánta frecuencia le ocurrió en el último mes?

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces por semana
- 3. Varias veces por semana
- 4. Diariamente o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Con qué intensidad le pareció que el acontecimiento estaba pasando otra vez? (estaba confundido acerca de dónde estaba realmente o qué estaba haciendo en ese momento). ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras estaba ocurriendo? ¿Se dio cuenta otra gente de su conducta? ¿Qué le dijeron?

- 0. No ha revivido el acontecimiento.
- 3. Leve: algo más real que pensar en el acontecimiento
- 4. Moderada: consciente pero próximo a disociación transitoria. Todavía consciente de lo que pasa a su alrededor, como soñar despierto
- 5. Grave: disociación intensa (comunica imágenes, sonidos, olores) pero tiene alguna conciencia de lo que pasa a su alrededor
- 6. Extrema: disociación completa («*flashback*») (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

4. (B-4) Malestar psicológico intenso, al verse expuesto a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Alguna vez se ha disgustado cuando algo le ha recordado el *acontecimiento*? (Algo le ha desencadenado malestar relacionado con el *acontecimiento*) ¿Qué clase de recuerdos le han disgustado? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces por semana
- 3. Varias veces por semana
- 4. Diariamente o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interfirió con su vida?

- 0. Nada
- 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades
- 2. Moderado: angustia claramente presente pero todavía controlable. Alguna interrupción de las actividades
- 3. Grave: angustia considerable. Marcada interrupción de las actividades
- 4. Extrema: angustia incapacitante. Incapaz de continuar con las actividades

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

5. (B-5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Ha tenido alguna vez alguna reacción física cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (¿Su cuerpo ha reaccionado de alguna manera cuando algo le ha recordado el acontecimiento?) ¿Puede dar algunos ejemplos? ¿Se aceleró su corazón o cambió su ritmo respiratorio? ¿Sudó, o se sintió tenso o tembloroso? ¿Qué clase de recuerdos le provocaron estas reacciones? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces por semana
- 3. Varias veces por semana
- 4. Diariamente o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Cuánta intensidad tuvieron (reacciones físicas)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aun después de la situación?)

- 0. Sin respuesta física
- 1. Leve: respuesta mínima
- 2. Moderada: respuesta física claramente presente. Puede mantenerse si la exposición continúa
- 3. Grave: respuesta física marcada. Mantenido durante la exposición
- 4. Extrema: respuesta física sostenida. Puede mantenerse incluso después que la exposición haya terminado

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas.

6. (C-1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del acontecimiento? (¿Qué clase de pensamientos o sentimientos trató de evitar?) ¿Intentó evitar hablar con otras personas acerca de ello? (¿por qué?) ¿Con qué frecuencia durante el último mes?

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces por semana
- 3. Varias veces por semana
- 4. Diariamente o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Cuánto esfuerzo hizo para evitar *pensamientos, sentimientos, conversaciones*? ¿Qué clase de cosas hizo? ¿Bebió o usó medicación o drogas? [*Considerar todos los intentos de evitación, incluyendo distracción, supresión y uso de alcohol o drogas*] ¿Cuánto interfirió esto en su vida?

- 0. Nada
- 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades
- 2. Moderada: algún esfuerzo, evitación claramente presente. Alguna interrupción de las actividades
- 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de las actividades, o participación en ciertas actividades como estrategia de evitación
- 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, o involucrarse intensamente en ciertas actividades como estrategia de evitación.

Especifique _____

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

7. (B-5) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que producen recuerdos del trauma.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tratado alguna vez de evitar ciertas actividades, lugares o personas que le recuerdan el <i>acontecimiento</i>? (¿Qué clase de cosas evitó? ¿Por qué? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Cuánto esfuerzo realizó para evitar <i>actividades, lugares, personas</i>? (¿Qué hizo en su lugar?) ¿Cuánto interfirió con su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, definitiva presencia de conducta de evitación. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia escapatoria</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

8. (C-3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Alguna vez ha tenido dificultad para recordar algunas partes importantes del <i>acontecimiento</i>? Dígame un poco más sobre esto. (¿Cree que debería ser capaz de recordar estas cosas? ¿Por qué piensa que no puede?) En el último mes, de las partes importantes del <i>acontecimiento</i>, ¿cuánto tuvo dificultad de recordar? (¿Qué partes recuerda todavía?)</p> <p>0. Nada. Memoria clara 1. Pocos aspectos no son recordados (menos del 10%) 2. Algunos aspectos no son recordados (aproximadamente el 20-30%) 3. Muchos aspectos no son recordados (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de los aspectos no se recuerdan (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta dificultad tenía para recordar partes importantes del <i>acontecimiento</i>? (¿Fue capaz de recordar más si lo intentó?)</p> <p>0. Nada 1. Leve: dificultad mínima 2. Moderada: alguna dificultad. Puede recordar con esfuerzo 3. Grave: dificultad considerable, incluso con esfuerzo 4. Extrema: completamente incapaz de recordar aspectos importantes del <i>acontecimiento</i></p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.

Frecuencia (F)

¿Se ha sentido menos interesado/a en actividades con las que disfrutaba? (¿En qué tipo de cosas ha perdido el interés? ¿Hay algunas cosas que ya no hace? ¿Por qué?) [Excluya si es debido a falta de oportunidades, si no es capaz físicamente, si no es apropiado desde el punto de vista de la maduración o debido a cambios en preferencias] En el último mes, ¿en cuántas actividades ha estado menos interesado? ¿Qué clase de cosas todavía disfruta? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Ninguna
- 1. Pocas actividades (menos del 10%)
- 2. Algunas actividades (20-30%)
- 3. Muchas actividades (aproximadamente el 50-60%)
- 4. La mayoría de las actividades (más del 80%)

Intensidad (I)

¿Fue fuerte su pérdida del interés? (¿Disfrutaba de las actividades una vez que las comenzaba?)

- 0. No hay pérdida del interés
- 1. Leve: leve pérdida del interés
- 2. Moderada: clara pérdida del interés, pero todavía puede disfrutar de algunas cosas
- 3. Grave: pérdida marcada del interés en las actividades
- 4. Extrema: completa pérdida del interés, ya no participa en ninguna actividad

Especifique _____

¿Está relacionado con el trauma?
Seguro
Probable
Posiblemente no

Actual
F _____
I _____

Síntomas
Sí
No

Alguna vez en la vida
F _____
I _____

Síntomas
Sí
No

10. (C-5) Sensación de desapego o aislamiento de los demás.

Frecuencia (F)

¿Se ha sentido distante o aislado de otras personas? ¿Cómo fue? Durante el último mes, ¿cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Muy pocas veces (menos del 10%)
- 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%)
- 3. La mayor parte del tiempo (50-60%)
- 4. Casi todo el tiempo (más del 80%)

Intensidad (I)

¿Fue fuerte su sentimiento de estar distanciado/a o aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más cerca?) ¿Con cuánta gente se siente usted comfortable hablando sobre cosas personales?)

- 0. Ningún sentimiento de distanciamiento o aislamiento
- 1. Leve: puede sentirse apartado de las otras personas
- 2. Moderada: sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal
- 3. Grave: sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de sólo una o dos personas.
- 4. Extrema: se siente completamente aislado o enajenado de los demás, no se siente cerca de ninguna persona.

Especifique _____

¿Relacionado con el trauma?
Seguro
Probable
Posiblemente no

Actual
F _____
I _____

Síntomas
Sí
No

Alguna vez en la vida
F _____
I _____

Síntomas
Sí
No

11. (C-6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).

Frecuencia (F)

¿Ha habido momentos en los que se sintió emocionalmente embotado o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor o felicidad? ¿Cómo fue eso? (¿Qué clase de sentimientos le causaron problemas?) ¿Con cuánta frecuencia? ¿Cuándo comenzó a tener problema para sentir las emociones? (¿Después del *acontecimiento*?)

- 0. Nunca
- 1. Muy poco (menos del 10 % del tiempo)
- 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %)
- 3. La mayoría del tiempo (aproximadamente el 50-60 %)
- 4. Casi todo el tiempo (más del 80 %)

Descripción/Ejemplos: _____

Intensidad (I)

¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) [*Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista*]

- 0. No ha habido reducción para experimentar emociones
- 1. Leve: mínima reducción de la experiencia emocional
- 2. Moderada: reducción clara de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría de las emociones
- 3. Grave: reducción marcada de la experiencia de por lo menos dos de las emociones primarias (p. ej., amor y felicidad)
- 4. Extrema: No puede experimentar emociones

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

12. (C-7) Sensación de un futuro acortado (p. ej., no espera tener obtener un empleo, casarse, tener hijos o, en definitiva, llevar una vida normal).

Frecuencia (F)

¿Ha habido veces en las que ha sentido que no había necesidad de planear el futuro? ¿Que de alguna manera su futuro se va a acortar? ¿Por qué? [*Descartar riesgos tal como condiciones médicas que pueden afectar el transcurso de la vida*] ¿Con cuánta frecuencia en el último mes? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del *acontecimiento*?)

- 0. En ningún momento
- 1. Muy pocas veces (menos del 10 %)
- 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30 %)
- 3. La mayor parte del tiempo (50-60 %)
- 4. Casi todo el tiempo (más del 80 %).

Descripción/Ejemplos: _____

Intensidad (I)

¿Qué intensidad tenía este sentimiento de que su futuro se va a acortar? (¿Cuánto tiempo piensa que va a vivir? ¿Hasta qué punto está convencido/a de que se va a morir prematuramente?)

- 0. No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado
 - 1. Leve: sentimientos leves de un futuro interrumpido
 - 2. Moderado: sentimientos de que el futuro se ha acortado están claramente presentes, pero no hay una predicción específica sobre la longevidad
 - 3. Grave: sentimiento marcado de un futuro interrumpido, puede hacer predicciones específicas sobre la longevidad
 - 4. Extrema: sentimiento abrumador de un futuro interrumpido, completamente convencido/a de una muerte prematura
- Especifique _____

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

¿Relacionado con el trauma?
 Seguro
 Probable
 Posiblemente no

Criterio D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.

13. (D-1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido algún problema para iniciar o mantener el sueño? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de sueño? (¿Después del <i>acontecimiento</i>?)</p> <p>0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro veces 4. Todas o casi todas las noches</p> <p>Problemas al iniciar el sueño Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Despertar durante la noche Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Despertar temprano por la mañana Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Número total de horas de sueño/noche _____</p> <p>Número deseado de horas de sueño/noche _____</p>	<p>¿Cuánto problema ha tenido con el sueño? (¿Cuánto tiempo tardó en quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despertó durante la noche? ¿Se despertó antes de lo que quería? ¿Cuántas horas durmió en total?)</p> <p>0. Ningún problema con el sueño 1. Leve: prolongación leve de la latencia o dificultad leve para mantener el sueño (hasta 30 minutos de pérdida de sueño) 2. Moderado: alteración clara del sueño, latencia prolongada o dificultades para mantener el sueño (30-90 minutos de pérdida de sueño) 3. Grave: latencia más prolongada, dificultad marcada para mantener el sueño (de 90 minutos a 3 horas de pérdida de sueño) 4. Extrema: latencia muy larga o dificultad profunda para mantener el sueño (más de 3 horas de pérdida de sueño) VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

14. (D-2) Irritabilidad o ataques de ira.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido especialmente irritable o mostrado sentimientos de ira? ¿Podría darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo se comenzó a sentir de esa manera? (¿Después del <i>acontecimiento</i>?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró?) <i>Si comunica inhibición</i> (¿Qué dificultad tuvo para no mostrar su ira? ¿Cuánto tiempo tardó en calmarse? ¿Su rabia le causó algún problema?)</p> <p>0. Ninguna irritabilidad o ira 1. Leve: irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz 2. Moderada: irritabilidad clara o intentos para reprimir la ira. Puede recuperarse rápidamente 3. Grave: irritabilidad marcada o intentos marcados para reprimir la ira, puede ponerse agresivo verbal o físicamente cuando está enfadado 4. Extrema: rabia intensa o intentos drásticos para reprimir la ira, puede tener episodios de violencia física VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor? ¿Cómo fue eso? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de concentración? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto dificultad tuvo para concentrarse? [Incluya observaciones de atención y concentración durante la entrevista] ¿Cuánto ha interferido con su vida?</p> <p>0. No dificultades con concentración 1. Leve: sólo necesita un ligero esfuerzo para concentrarse. Ligera o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderado: pérdida de concentración, pero se puede concentrar con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades 3. Grave: pérdida marcada de la concentración, incluso con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades 4. Extrema: dificultad completa para concentrarse. Incapaz de concentrarse en las actividades VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

16. (D-4) Hipervigilancia.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha estado especialmente alerta o vigilante, aun cuando no había necesidad real? ¿Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a actuar así? (Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto esfuerzo le costó estar pendiente de las cosas que pasaban a su alrededor? [Incluya hipervigilancia durante la entrevista] ¿Estar hipervigilante le causó algún problema?</p> <p>0. No hipervigilancia 1. Leve: mínima hipervigilancia, leve aumento de la vigilancia 2. Moderado: hipervigilancia claramente presente, alerta con público (escoge un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o cine) 3. Grave: hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado los peligros del entorno, preocupación exagerada por la seguridad personal/familiar/y de la casa 4. Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a, ocupan una gran parte del tiempo y de la energía en medidas de seguridad excesivas, conductas de comprobación, y marcada hipervigilancia durante la entrevista</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>
<p>¿Ha tenido reacciones de sobresalto? ¿Cuándo ocurrió? ¿Qué tipo de cosas le hicieron sobresaltarse? ¿Con qué frecuencia en el último mes? ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo estas reacciones? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro o cinco veces 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo fueron estas reacciones? ¿Qué fuertes fueron, comparadas con la reacción de la mayoría de las personas? ¿Cuánto duraron?</p> <p>0. No reacción de sobresalto 1. Leve: reacción mínima 2. Moderada: clara reacción de sobresalto, se siente asustadizo 3. Grave: reacciones marcadas de sobresalto, alerta mantenida tras la reacción inicial 4. Extrema: reacción de sobresalto excesiva, claras conductas de afrontamiento (p. ej., veterano de guerra que se tira al suelo)</p> <p>VC (especifique) _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>
<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	

Criterio E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.

18. Aparición de los síntomas.

[Si no está claro todavía] ¿Cuándo fue la primera vez que comenzó a tener (los síntomas de TEPT) que me dijo? (¿Cuánto tiempo después del trauma comenzaron? ¿Más de 6 meses?)

_____ n.º total de meses de demora en la aparición de los síntomas
Demora en la aparición de los síntomas (≥ 6 meses)?
No Sí

19. Duración de los síntomas.

<p><i>Actual.</i> ¿Cuánto tiempo (síntomas de TEPT) duraron en total?</p> <p><i>En la vida.</i> ¿Cuánto tiempo estos (síntomas de TEPT) duraron en total?</p>	<p>¿Duración de más de un mes?</p> <p>N.º total de meses de duración</p> <p>Agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)?</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2"><i>Actual</i></th> <th colspan="2"><i>Alguna vez en la vida</i></th> </tr> <tr> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Sí <input type="checkbox"/></td> <td>No <input type="checkbox"/></td> <td>Sí <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Agudo <input type="checkbox"/></td> <td>Crónico <input type="checkbox"/></td> <td>Agudo <input type="checkbox"/></td> <td>Crónico <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<i>Actual</i>		<i>Alguna vez en la vida</i>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>
<i>Actual</i>		<i>Alguna vez en la vida</i>												
No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>											
Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>											

Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

20. Malestar subjetivo.

<p><i>Actual.</i> Sobre todo, ¿cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? [Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores]</p> <p><i>A lo largo de la vida.</i> ¿Cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? [Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores]</p>	<p>0. Ninguno 1. Leve, malestar mínimo 2. Malestar moderado claramente presente, pero todavía controlable 3. Grave: malestar considerable 4. Extremo: ansiedad incapacitante</p>
<p><i>Actual</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> <input type="checkbox"/></p>	

21. Deterioro social.	
<p><i>Actual.</i> ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo? [<i>Considere deterioro en el funcionamiento social manifestado en las preguntas anteriores</i>]</p> <p><i>A lo largo de la vida.</i> ¿Estos síntomas de TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? [<i>Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores</i>]</p>	<p>0. Ausencia de impacto adverso</p> <p>1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento social</p> <p>2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos</p> <p>3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos</p> <p>4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social</p>
	<p><i>Actual</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>
22. Deterioro laboral o otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
<p><i>Actual.</i> [<i>Si no está ya claro.</i>] ¿Está trabajando?</p> <p>Sí: ¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [<i>Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta</i>]</p> <p>No: ¿Le han afectado estos (síntomas de TEPT) otra área importante de su vida? [<i>Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.</i>] ¿Cómo?</p> <p><i>En toda su vida.</i> [<i>Si aún no está claro</i>] ¿Estaba usted trabajando entonces?</p> <p>Sí: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? [<i>Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta</i>]</p> <p>No: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT otra área importante de su vida? [<i>Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.</i>] ¿Cómo?</p>	<p>0. Ausencia de impacto adverso</p> <p>1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área</p> <p>2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos</p> <p>3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos</p> <p>4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área</p>
	<p><i>Actual</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i></p> <p><input type="checkbox"/></p>
CALIFICACIONES GLOBALES	
23. Validez global.	
<p>Estime la validez general de las respuestas considerando factores tales como colaboración con el examinador, estado mental (p. ej., problemas de concentración, comprensión de los ítems, disociación), y evidencias de esfuerzos para exagerar o minimizar los síntomas</p>	<p>0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas</p> <p>1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez</p> <p>2. Adecuada: hay factores presentes que disminuyen en la validez</p> <p>3. Pobre: validez reducida sustancialmente</p> <p>4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación</p>

24. Gravedad global.		
<p>Estime la gravedad global de los síntomas de TEPT. Considere el grado de malestar subjetivo, el grado de deterioro funcional, observaciones de la conducta durante la entrevista, y juicio con respecto al estilo de relato</p>	<p>0. Sin síntomas clínicamente significativos, ni de malestar o deterioro funcional</p> <p>1. Leve: malestar mínimo o escaso deterioro funcional</p> <p>2. Moderada: malestar o deterioro funcional claro, pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo</p> <p>3. Grave: malestar o deterioro funcional marcado, funcionamiento limitado aun con esfuerzo</p> <p>4. Extremo: malestar o impedimento funcional importante en dos o más áreas de funcionamiento</p>	
	<p><i>Actual</i> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> <input type="checkbox"/></p>	
25. Mejoría global.		
<p>Califique la mejoría total presente desde la calificación inicial. Si no ha habido una calificación inicial, pregunte cómo los síntomas han cambiado durante los últimos seis meses. Califique el grado de cambio sea o no, a su juicio, debido al tratamiento</p>	<p>0. Asintomático</p> <p>1. Mejoría considerable</p> <p>2. Mejoría moderada</p> <p>3. Mejoría leve</p> <p>4. Sin mejoría</p> <p>5. No hay suficiente información</p>	
SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT		
Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio B	_____ n.º de síntomas (≥ 1)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ n.º de síntomas (≥ 3)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ n.º de síntomas (≥ 2)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio E	¿Cumple (duración ≥ 1 mes)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
TEPT ACTUAL. ¿Cumple (criterio A-F)?		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
<p><i>Si cumple el criterio para TEPT actual, vaya directamente a las características asociadas.</i></p> <p><i>Si el criterio para TEPT actual no se ha cumplido, evalúe TEPT a lo largo de la vida. Identifique un período, de por lo menos un mes, desde el momento del acontecimiento traumático en el cual tuvo los peores síntomas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Desde el <i>acontecimiento</i> ¿ha habido algún momento en el que estos síntomas de TEPT fueron peores que lo que han sido en el mes pasado? ¿Cuándo? ¿Cuánto duró? (¿Por lo menos un mes?) Si ha habido múltiples episodios en el pasado: ¿Cuándo le molestaron más estos síntomas de TEPT? Si por lo menos ha habido un período, pregunte ítems 1-17, cambiando la connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al período peor. ¿Durante ese tiempo experimentó síntomas? ¿Con qué frecuencia? 		
SÍNTOMAS DE TEPT A LO LARGO DE LA VIDA		
Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio B	_____ n.º de síntomas (≥ 1)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ n.º de síntomas (≥ 3)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ n.º de síntomas (≥ 2)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio E	¿Cumple (duración ≥ 1 mes)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
TEPT a lo largo de la vida. ¿Cumple (criterio A-F)?		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

26. Culpa sobre actos de comisión u omisión.

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Se ha sentido culpable por alguna cosa que hizo o dejó de hacer durante el <i>acontecimiento</i>? Dígame algo más: ¿Sobre qué se sintió culpable? ¿Cuánto tiempo durante el último mes se sintió así?</p> <p>0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%)</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron?</p> <p>0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, malestar considerable 4. Extrema: sentimientos generalizado de culpa, autocondenación con respecto a la conducta, malestar incapacitante</p> <p>VC (especifique) _____ _____ _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

27. Culpa del superviviente (aplicable solamente si hubo múltiples víctimas).

<i>Frecuencia (F)</i>	<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al <i>acontecimiento</i> cuando los otros no? Dígame algo más: ¿De qué se siente culpable? ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado se sintió así?</p> <p>0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%) 5. NA (no aplicable)</p> <p><i>Descripción/Ejemplos:</i> _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron?</p> <p>0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa definitivamente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, considerable malestar 4. Extrema, sentimientos generalizados de culpa, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante</p> <p>VC (especifique) _____ _____ _____</p>	<p><i>Actual</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Alguna vez en la vida</i> F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Ha habido momentos en los que se sintió fuera de contacto con lo que estaba sucediendo a su alrededor, como si estuviera aturdido? ¿Cómo fue? [Distíngalo de las memorias repentinas disociativas (flashbacks) del episodio] ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? [Si no está claro] (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces a la semana
- 3. Varias veces a la semana
- 4. Diariamente, o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Cómo de fuerte fue ese sentimiento de estar fuera de contacto o aturdido? (¿Estaba confundido en relación con donde estaba realmente, o con lo que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo usted mientras esto estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)

- 0. No reducción de la capacidad de darse cuenta
 - 1. Leve: reducción ligera en la capacidad de darse cuenta
 - 2. Moderada: reducción clara pero transitoria de la capacidad de darse cuenta, puede manifestar sentirse como despistado
 - 3. Grave: reducción marcada en la capacidad de darse cuenta, puede durar varias horas
 - 4. Extrema: pérdida completa de la capacidad de darse cuenta de lo que pasa en el entorno, puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)
- VC (especifique) _____

¿Relacionado con el trauma?
 Seguro
 Probable
 Posiblemente no
 Actual A lo largo de la vida

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

29. Sensación de falta de realidad.

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? [Si no] (¿Ha habido veces que las personas que conocía de repente no le parecían familiares?) ¿Cómo fue? ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el último mes? [Si no está claro] (¿Fue debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas?) ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces a la semana
- 3. Varias veces a la semana
- 4. Diariamente, o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Cómo de fuerte fue (la sensación de falta de realidad)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo cuando esto estaba ocurriendo? (¿Otras personas se dieron cuenta? ¿Qué dijeron?)

- 0. No sensación de falta de realidad
 - 1. Leve: sensación ligera de falta de realidad
 - 2. Moderada: sensación clara pero transitoria de falta de realidad
 - 3. Grave: considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada sobre qué es real, puede durar varias horas
 - 4. Extrema: profunda sensación de falta de realidad, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad
- VC (especifique) _____

¿Relacionado con el trauma?
 Seguro
 Probable
 Posiblemente no
 Actual A lo largo de la vida

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

30. Despersonalización

Frecuencia (F)

Intensidad (I)

¿Ha habido momentos en los que se ha sentido como si estuviera fuera de su cuerpo, mirándose a usted mismo/a como si fuera otra persona? [*Si no*] (¿Ha habido momentos en los que sintió extraño su cuerpo, no familiar, como si hubiera cambiado de alguna manera?) (¿Cómo fue eso? ¿Con qué frecuencia ha ocurrido durante el mes pasado? [*Si no está claro*] (¿Fue debido a enfermedad o al uso de alcohol o drogas?) ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió de esa manera? (¿Después del *acontecimiento*?)

- 0. Nunca
- 1. Una o dos veces
- 2. Una o dos veces a la semana
- 3. Varias veces a la semana
- 4. Diariamente, o casi todos los días

Descripción/Ejemplos: _____

¿Cómo de fuerte fue (la despersonalización)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo usted cuando estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)

- 0. Sin despersonalización
- 1. Leve: despersonalización ligera
- 2. Moderada: despersonalización clara pero transitoria
- 3. Grave: despersonalización considerable, sentimiento marcado de separación de la propia persona, puede persistir varias horas
- 4. Extrema: despersonalización profunda, sensación dramática de separación de la persona misma

VC (especifique) _____

¿Relacionado con el trauma?
 Seguro
 Probable
 Posiblemente no
 Actual A lo largo de la vida

Actual
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

Alguna vez en la vida
 F _____
 I _____

Síntomas
 Sí
 No

HOJA RESUMEN DEL CAPS-DIAGNÓSTICO

Nombre: _____ N° de ID.: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____

A. Suceso traumático:

B. Síntomas reexperimentados

	Actual			Curso vital		
	F	I	F+I	F	I	F+I
(1) Recuerdos intrusivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Sueños angustiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio B (se necesita uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Síntomas de evitación y paralización

(6) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Evitación de actividades, lugares o personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Disminución del interés o de la participación en actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Sensación de desapego o alejamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Afecto restringido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Sensación de un porvenir acortado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio C (se necesitan tres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.16. Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
(Clinician Administered PTSD Scale, CAPS)

<i>D. Síntomas de hipervigilancia</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F+I</i>	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F+I</i>
(13) Dificultad para conciliar o mantener el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Irritabilidad o accesos de cólera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Hipervigilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Sobresalto ante estímulos normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio D (se necesitan dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>E. Duración de la molestia</i>						
(19) Duración de la molestia de, al menos, un mes	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
<i>F. Angustia importante o interferencia con el funcionamiento</i>						
(20) Angustia subjetiva	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(21) Interferencia con el funcionamiento social	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(22) Interferencia con el funcionamiento laboral	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
¿Hay al menos uno ≥ 2 ?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
<i>Diagnóstico del TEPT</i>						
¿Existe TEPT-se cumplen todos los criterios (A \rightarrow F)?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Especificar:						
(18) Instauración diferida (≥ 6 meses de retraso)	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
(19) Agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)	Agudo crónico			Agudo crónico		
<i>Valoraciones globales</i>						
(23) Validez global	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(24) Gravedad global	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(25) Mejoría global	Agudo crónico			Agudo crónico		
<i>Características asociadas</i>						
	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F+I</i>	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F+I</i>
(26) Culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(27) Culpabilidad del superviviente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(28) Reducción de la conciencia de lo que le rodea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(29) Desrealización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30) Despersonalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>