

7.17. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS)

Por favor, identifique el trauma que más le molesta _____

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante *la última semana*. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad del síntoma.

<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

	<i>Frecuencia</i>	<i>Gravedad</i>
1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>