

7.15. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

1

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

<i>Acontecimiento</i>	<i>Edad (cuando ocurrió el suceso)</i>	<i>Duración (anote la unidad de tiempo empleada: minutos, horas, etc.)</i>
1. Accidente de coche, tren o avión	NO	SÍ
2. Accidente industrial o de trabajo	NO	SÍ
3. Pérdida del hogar por incendio	NO	SÍ
4. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones	NO	SÍ
5. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán	NO	SÍ
6. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto	NO	SÍ
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SÍ
9. Estar próximo a ahogarse	NO	SÍ
10. Abuso físico	NO	SÍ
11. Sufrir graves quemaduras	NO	SÍ
12. Ser tomado como rehén	NO	SÍ
13. Combate	NO	SÍ
14. Agresión	NO	SÍ
15. Violación	NO	SÍ
16. Incesto	NO	SÍ
17. Secuestro	NO	SÍ
18. Otra situación (especificar):	NO	SÍ

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO: _____

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SÍ
2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SÍ
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SÍ
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SÍ
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SÍ
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SÍ
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?	NO	SÍ
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SÍ
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SÍ

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos *en cualquier momento después del suceso*.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO SÍ
5. Dificultad para dormir	NO SÍ
6. Problemas de concentración	NO SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	NO SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	NO SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	NO SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO SÍ