

Fecha: _____ hora: _____ n° Informe _____

Datos Personales

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Sexo: _____ Edad: _____ N° de teléfono: _____ n°ID : _____

Otros datos: _____

Apoyo social: _____ Familiar: _____ Amigos: _____ Otros: _____

Otros servicios presentes: Policía Bomberos Otros _____

Antecedentes médicos:

Enfermedades/ medicación / alergias _____

Diagnósticos psicológicos / psiquiátricos previos: _____

Otros datos: _____

Suceso Vital. Estresante.: _____

Sintomatología observada:

Cognitivos		Emocionales		Fisiológicos		Motor	
<input type="checkbox"/> Dificultad toma decisiones	<input type="checkbox"/> Perseveración	<input type="checkbox"/> Shock emocional	<input type="checkbox"/> Desesperanza	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Enlentecimiento	<input type="checkbox"/> Paralización	<input type="checkbox"/> Tics / estereotipias
<input type="checkbox"/> Dificultad concentrac.	<input type="checkbox"/> Bloqueo	<input type="checkbox"/> Shock afectivo	<input type="checkbox"/> Vacío	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Paralización	<input type="checkbox"/> Tics / estereotipias	<input type="checkbox"/> Tartamudeo
<input type="checkbox"/> Atención lábil	<input type="checkbox"/> Incoherencia	<input type="checkbox"/> Enfado	<input type="checkbox"/> Labilidad afectiva	<input type="checkbox"/> Tensión muscular	<input type="checkbox"/> Tics / estereotipias	<input type="checkbox"/> Tartamudeo	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Déficit memoria	<input type="checkbox"/> Orientación	<input type="checkbox"/> Ira	<input type="checkbox"/> Congruencia	<input type="checkbox"/> Sudoración	<input type="checkbox"/> Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Temblores
<input type="checkbox"/> Pens. desorganizado	<input type="checkbox"/> Obnubilación	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Apatía	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Estupor
<input type="checkbox"/> Pens. obsesivo	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Agresividad	<input type="checkbox"/> Euforia	<input type="checkbox"/> Opresión pecho	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Movimientos Involun
<input type="checkbox"/> Pens. fóbico	<input type="checkbox"/> Hipervigilancia	<input type="checkbox"/> Negación	<input type="checkbox"/> Risa patológica	<input type="checkbox"/> Alt. Gastrointestinales. (vómitos, nauseas, acidez)	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Estupor	<input type="checkbox"/> Llanto
<input type="checkbox"/> Pens. delirante	<input type="checkbox"/> Hipovigilancia	<input type="checkbox"/> Culpabilidad	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Sequedad boca	<input type="checkbox"/> Movimientos Involun	<input type="checkbox"/> Llanto	<input type="checkbox"/> Agresividad a otros.
<input type="checkbox"/> Ideas de culpa	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Agresividad a otros.	<input type="checkbox"/> Llanto	<input type="checkbox"/> Auto agresividad
<input type="checkbox"/> Autodestructivas	<input type="checkbox"/> Ilusiones	<input type="checkbox"/> Miedo		<input type="checkbox"/> Desvanecimiento	<input type="checkbox"/> Auto agresividad	<input type="checkbox"/> Llanto	
<input type="checkbox"/> Homicidas	<input type="checkbox"/> Verborrea	<input type="checkbox"/> Vergüenza		<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza		<input type="checkbox"/> Llanto	
<input type="checkbox"/> Fuga de ideas	<input type="checkbox"/> Trastorno estruct.sintáctica	<input type="checkbox"/> Indefensión				<input type="checkbox"/> Llanto	
<input type="checkbox"/> Inhibición		<input type="checkbox"/> Tristeza				<input type="checkbox"/> Llanto	

Detalles: _____

¿Le ha ocurrido en la última semana, dos o más veces, alguna de las siguientes cosas?	SI	NO
1. ¿Tiene pensamientos o recuerdos desagradables sobre lo ocurrido que le vienen a la cabeza aunque usted no quiera?		
2. ¿Tiene pesadillas recurrentes sobre todo lo ocurrido?		
3. ¿Se comporta o se siente como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?		
4. ¿Tiene sensaciones desagradables cuando recuerda el suceso?		
5. ¿Siente malestares físicos cuando recuerda lo ocurrido como taquicardia, malestar estomacal, sudores o mareos?		
6. ¿Problemas de sueño (insomnio, somnolencia, despertares nocturnos,...)?		
7. ¿Irritabilidad o explosiones de ira?		
8. ¿Dificultad de concentración o mantener la atención?		
9. ¿Excesivamente alerta a posibles peligros?		
10. ¿Nervioso o sobresaltado a cosas inesperadas?		
TOTAL		

Detalles: _____

Intervención realizada:

Control activación emocional (Respiración diafragmática/ relajación/manejo hostilidad/otros) _____

Normalización de síntomas: _____

Reestructuración cognitiva _____

Firma y fecha pac.: _____ Firma y fecha interv. _____

El cuestionario se corresponde con el TSQ-Trauma Screening Quiestionnaire de BrewinCR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, Turner S, & Foa EB. (British Journal of Psychiatry, 181:535, 2002).

Puntuación e interpretación: El punto de corte sería responder afirmativamente a **6 ítems** en cualquier combinación.

Los autores sugieren que se administre habiendo pasado al menos 3 semanas del evento traumático. Aunque se puede aplicar entre 1 y 3 semanas dado que es un buen predictor pre-test/ post-test de la evolución de la resiliencia natural de la persona.

Sensibilidad de 0.85, Especificidad de 0.89, valor predictivo negativo (VPN) de 0.98 y eficiencia de 0.90.

Incidencias y Observaciones

