Supplementary file 6. Severity Scale for Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder (EGSTEP) -Echeburúa et al., 1997- (English translation and Spanish version)

English version (own translation from the Spanish version)

Please rank each statement from 0 to 3 according to the frequency and intensity of the symptom:

| Score | Description                                      |
|-------|--------------------------------------------------|
| 0     | no symptoms                                      |
| 1     | once a week or less / LITTLE                     |
| 2     | 2 to 4 times a week / AVERAGE                    |
| 3     | 5 or more times a week / A LOT                   |

Re-experiencing symptoms

*Please remember to RANK EACH STATEMENT WITH A SCORE OF 0 TO 3*

1. I have distressing and recurring memories of the event, including images, thoughts, or perceptions. ____
2. I have unpleasant and repetitive dreams about the event. ____
3. I have behaviors or experience feelings as if the event were happening all over again. ____
4. I suffer from intense psychological distress when exposed to internal stimuli or external elements that symbolize or evoke some aspect of the event. ____
5. I experience physical symptoms (sweaty hands, racing heartbeat, etc.) when exposed to internal or external stimuli that symbolize or evoke some aspect of the event. ____

Re-experiencing symptom score: ________________
(Range 0 - 15)

Avoidance symptoms

*Please remember to RANK EACH STATEMENT WITH A SCORE OF 0 TO 3*

1. I have to make an effort to drive away thoughts, feelings or conversations associated with the event. ____
2. I have to make an effort to avoid activities, places, or people that evoke memories of the event. ____
3. I am unable to remember any of the important aspects of the event. ____
4. I am much less interested in things or in doing meaningful activities. ____
5. I experience a sense of detachment or estrangement with respect to others. ____
6. I feel limited emotionally (for example, unable to fall in love). ____
7. I have noticed that my plans or hopes for the future (for example, having a career, getting married, having children, etc.) have been negatively impacted by the event. ____

Avoidance symptom score: ________________
(Range: 0 - 21)
Increased activation symptoms

*Please remember to RANK EACH STATEMENT WITH A SCORE OF 0 TO 3*

1. I find it difficult to fall asleep or stay asleep. ___
2. I am irritable or have outbursts of anger. ___
3. I have trouble concentrating. ___
4. I am excessively alert (for example, you stop suddenly to see who is around you, etc.) since the event. ___
5. I am more easily startled or alarmed by the event. ___

**Activation symptom score** _____________
(Range: 0 - 15)

---

**POST-STRESS DISORDER SEVERITY TOTAL SCORE: (RANGE 0 - 51)**

**TOTAL score:**

---

One symptom is required in the reliving section; three are required in the avoidance section; and two are required in the increased activation section

- Yes □
- Acute (1-3 months) □
- Chronic (> 3 months) □
- With delayed start □
- No □

**Severity of PTSD**

|                     | Cutoff point | Score |
|---------------------|--------------|-------|
| **GLOBAL SCALE**    |              |       |
| (Range 0 - 51)      | 15           |       |
| **SPECIFIC SCALES** |              |       |
| *Reliving* (Range 0 - 15) | 5          |       |
| *Avoidance* (Range 0 - 21) | 6          |       |
| *Increased activation* (Range 0 - 15) | 4          |       |
Spanish version

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

| Puntuación | Descripción                        |
|------------|-----------------------------------|
| 0          | NADA                              |
| 1          | 1 vez por semana o menos / POCO   |
| 2          | de 2 a 4 veces por semana / BASTANTE |
| 3          | 5 o más veces por semana / MUCHO  |

Síntomas de reexperimentación

Recuerde MARCAR CON NÚMEROS LAS RESPUESTAS

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica (por ejemplo, le sudan las manos, late fuerte el corazón, etc.) al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

Puntuación síntomas de reexperimentación: _______________

(Rango 0 - 15)

Síntomas de evitación

Recuerde MARCAR CON NÚMEROS LAS RESPUESTAS

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?
6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?
Puntuación síntomas de evitación: __________
(Rango: 0 - 21)

Síntomas de aumento de la activación

Recuerde MARCAR CON NÚMEROS LAS RESPUESTAS

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____
3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso? _____

Puntuación síntomas de activación __________
(Rango: 0 - 15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRUMÁTICO:
(RANGO 0 - 51)

Puntuación TOTAL: _______________________

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación

Sí ☐
Agudo (1 - 3 meses) ☐
Crónico (> 3 meses) ☐
Con inicio demorado ☐
No ☐

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

| Escala | Punto de corte | Puntuación obtenida |
|--------|----------------|---------------------|
| Global | 15             |                     |
| Reexperimentación | 5              |                     |
| Evitación | 6              |                     |
| Aumento de la activación | 4              |                     |