

Pantalla de Salud Behavioral Pediátrica (4 - 17 años)

Nota: Pantalla adaptada por el *Pediatric Symptom Checklist*. www.massgeneral.org/psychiatry/services/psc_home.aspx.

Información General

Nombre de niño/a: _____

Genero de niño/a: masculino femenino

Edad de niño/a: _____

Fecha completada: _____

Persona completando pantalla: _____

Relación de persona completando pantalla a niño/a:

- | | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre biológica | <input type="checkbox"/> Padrastro/a | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo |
| <input type="checkbox"/> Padre temporal | <input type="checkbox"/> Otro miembro de familia | <input type="checkbox"/> Otro/desconocido |

Comportamiento Presente

Por favor selecciona la opción que mejor describe este niño. Queremos saber cómo está el niño ahorita o en los últimos 2-4 semanas, y no de problemas de hace mucho tiempo.

Puntuación: Nunca = 0; A veces = 1; Muy Seguido = 2

			C-1	C-2	C-3	C-4
1. Nervioso, incapaz de quedarse quieto.	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
2. Se siente triste, infeliz	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
3. Sueña despierto demasiado	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
4. Se niega a compartir	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
5. No comprende los sentimientos de otras personas	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
6. Se siente sin esperanzas	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
7. Tiene problemas para prestar atención	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
8. Pelea con otros niños	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
9. Se critica a si mismo	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
10. Culpa a otros por sus problemas	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
11. Parece divertirse menos	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
12. No obedece las reglas	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
13. Actúa como si tuviera un motor, está en movimiento constantemente	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
14. Molesta o se burla de otros	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
15. Se preocupa mucho	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
16. Toma cosas que no le pertenecen	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
17. Se distrae fácilmente	0 Nunca	1 A veces	2 Muy Seguido			
Totales de Columnas #1-17						

Trauma

Las siguientes tres preguntas son sobre un evento violento, traumático, o molesto que le pudiera suceder al niño o que el niño fue testigo en cualquier tiempo en su pasado. Por favor responda si estos comportamientos han ocurrido (no los eventos) en los últimos 2-4 semanas

	C-1	C-2	C-3	C-4
18. Se pone muy molesto si se recuerda de los eventos 0 Nunca 1 A veces 2 Muy Seguido				
19. Se queja físicamente cuando se recuerda de los eventos, como dolor de cabeza o estomago 0 Nunca 1 A veces 2 Muy Seguido				
20. No puede dejar de pensar en los eventos, aunque ella o el intenta de no pensarlo 0 Nunca 1 A veces 2 Muy Seguido				
Totales de Columnas #18-20				

¿De los problemas o dificultades que usted marco arriba, cuanto se interfiere en la vida diaria del niño?

- *Nunca* = **Nunca**;
- *Solo un poco* = **Una vez** a la semana o menos;
- *Mucho* = **2 to 4** veces a la semana;
- *Muchísimo* = **5 o más** veces a la semana

21. ¿Las dificultades que ha marcado arriba molestan o angustian a su hijo?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
22. ¿Las dificultades que ha marcado arriba son una carga para usted y su familia?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
23. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con la vida de su hijo en casa?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
24. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con las amistades de su hijo?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
25. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con las actividades de su hijo?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
26. ¿Las dificultades que marcó arriba interfieren con la escuela o aprendizaje?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
27. ¿Cree que el niño puede tener problemas con el alcohol o drogas?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
28. ¿Tiene un problema de comportamiento sexual este niño?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo
29. ¿Este niño habla o a intentado suicidarse?
 Nunca Solo un poco Mucho Muchísimo

Columna 1 (C-1), Atención Total:

Cuando total es 7 o más, la escala es elevada.

Cuando la escala es elevada, por favor refiérase a la evaluación de salud mental informada sobre trauma.

Columna 2 (C-2), Interiorizar Total:

Cuando total es 5 o más, la escala es elevada.

Cuando la escala es elevada, por favor refiérase a la evaluación de salud mental informada sobre trauma

Columna 3 (c-3), Exteriorizar Total:

Cuando total es 7 o más, la escala es elevada.

Cuando la escala es elevada, por favor refiérase a la evaluación de salud mental informada sobre trauma

Trauma total (C-4):

Cuando total es 1 o más, la escala es elevada.

Cuando la escala es elevada, por favor refiérase a la evaluación de salud mental informada sobre trauma

** Para pregunta 27 (¿Cree que el niño puede tener problemas con el alcohol o drogas?) y 28 (¿Tiene un problema de comportamiento sexual este niño?), si se informa, refiérase a una evaluación de salud mental.*

***Para pregunta 29 (¿Este niño habla o a intentado suicidarse?), si se informa, **contacta su supervisor** y consulta con un proveedor de salud mental in situ (si procede) o con el proveedor de salud mental del niño (si procede). Si el niño está en peligro inmediato de lastimarse, seguí la póliza de su agencia para un ingreso psiquiátrico agudo para niños.*

- Completa la pantalla en persona con el cuidador o los cuidadores. si el cuidador tiene más de un niño para la entrevista, por favor completa una pantalla por niño (separado).
- Presente la pantalla en una manar de recopilar información adicional y estandarizada que le ayudara a usted y a la familia determinar qué servicios potenciales pueden ser más útiles para ellos.
- Explique la escala de las preguntas (por decir, lo que los 0, 1, y significa) y oriéntalos para que piensen en el mes anterior.
- Lea las preguntas en voz alta al cuidador o cuidadores, dándoles tiempo para proporcionar información adicional, según lo justificado.
- Puntuar las medidas inmediatamente para determinar los resultados.
- Asegúrese de hablar repasado los resultados con el cuidador durante su contacto en persona
- Si alguna puntuación justifica una referencia, asegúrese de que se ha hecho por la guía anterior

**A menos que el cuidador lo pida, por favor no haga que el cuidador complete la pantalla por su cuenta o solos.*

¿Con que frecuencia ha sucedido el comportamiento en los últimos 2 a 4 semanas?

0	1	2
Nunca	A veces	Muy Seguido

Nunca	Solo un poco	Mucho	Muchisimo
Nunca	Una vez a la semana o menos	2 a 4 veces a la semana	5 veces o mas a la semana