

Trauma Screen + CPSS

Parte 1-Voltea la página

Nombre _____

Fecha _____

Muchos niños pasan por eventos espantosos o estresantes. Abajo es una lista de eventos espantosos o estresantes que pueden suceder. Marca Si, si has vivido alguno de estos eventos. Marca No, si no has vivido alguno de estos eventos.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Desastre natural que fue grave, como un inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio/lumbre. | Si | No |
| 2. Accidente grave o herida seria casuado por un choque de autos o bicicletas, ser mordido por un perro, o herida causado por jugando un deporte | Si | No |
| 3. Ser robado con amenaza, fuerza o arma. | Si | No |
| 4. Cacheteado/a, puñeteado/a o golpeado/a por un familiar. | Si | No |
| 5. Cacheteado/a, puñeteado/a o golpeado/a por alguien desconocido | Si | No |
| 6. Ver un familiar ser cacheteado/a o, puñeteado/a o golpeado/a. | Si | No |
| 7. Ver alguien en tu comunidad ser cacheteado/a o, puñeteado/a o golpeado/a. | Si | No |
| 8. Ser tocado por un adulto o alguien mayor en tus partes sexuales/ privadas cuando no debieron | Si | No |
| 9. Ser forzado/a o presionado/a en tener sexo o en un tiempo en cuando no pudiste decir no. | Si | No |
| 10. Un familiar o persona cercana muriendose de repente o de una manera violenta. | Si | No |
| 11. Ser atacado, cucheteado, disparado o lastimado gravemente. | Si | No |
| 12. Ver alguien ser atacado, cucheteado, disparado, lastimado gravemente, o matado. | Si | No |
| 13. Procedimiento médico estresante o atemorizante. | Si | No |
| 14. Estar al rededor de una guerra. | Si | No |
| 15. Algun otro evento estresante o espantoso? | Si | No |

Describe: _____

Cual de los eventos te molesta mas? _____

Si es que contestaste **NO** a las preguntas arriba, **PARA**. Si es que contestaste **SI** para alguna de las preguntas arriba, porfavor contesta las siguientes preguntas

En cuando sucedio el evento, que sentiste?

- | | | |
|---|----|----|
| Miedo que me iba morir o que fuera gravemente herido. | Si | No |
| Miedo que alguien mas moriera o fuera lastimado. | Si | No |
| Sin poder ayudarme a mi mismo/a | Si | No |
| Verguenza o asco. | Si | No |

CHILD PTSD Symptom Scale (CPSS) - 7-17 years

Parte 2

Marca 0, 1, 2 o 3 para indicar con que frecuencia has tenido los siguientes problemas en los ultimos dos semanas

- | | |
|----------|---|
| 0 | Nunca |
| 1 | De vez en cuando Once in a while |
| 2 | La mitad del tiempo |
| 3 | Casi siempre |

1. Has tenido pensamientos o imagenes molestos sobre el evento aunque tu no querias pensar en eso.	0	1	2	3
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3. Has actuado o has sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del evento y te has sentido como si estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el evento (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del evento (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del evento.	0	1	2	3
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela).	0	1	2	3
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del evento.	0	1	2	3
9. Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3
12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad	0	1	2	3
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15. Has tenido dificultad en concentrarte.	0	1	2	3
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a).	0	1	2	3
17. Te has asustado o te has sorprendido facilmente.	0	1	2	3

Ahora dí si los problemas que acabas de mencionar en la Parte 1 te han molestado con las siguientes cosas. Marque [Si] o [No].

1. Cuándo rezas	Si	No	5. En hacer tu tarea	Si	No
2. Que haceres y obligaciones en casa	Si	No	6. Llevarte bien con tu familia	Si	No
3. Con tus amistades	Si	No	7. Ser feliz con tu vida	Si	No
4. En hacer cosas divertidas	Si	No			