

## Lista de Trastorno de Estrés Postraumático en Niños - VERSION PARA PADRES (CPC-P)

7-18 años

Nombre \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### EVENTOS TRAUMÁTICOS

PARA INCLUIR UN EVENTO, SU HIJO/HIJA DEBE HABER SENTIDO UNO DE ESTOS:

- (1) SENTIR QUE EL O ELLA MORIRÁ, O
- (2) QUE EL O ELLA ESTABA HERIDO(A) O QUE SE PODRÍA HACER DAÑO, O
- (3) EL/ELLA VIÓ (1) O (2) QUE LE PASO A OTRA PERSONA, O VIÓ A ALGUIEN MORIR.

	Marque 0 si esto <u>no</u> le ocurrió a su hijo/hija.	Marque 1 si esto <u>sí</u> le ocurrió a su hijo/hija.	Anote la <u>edad</u> de su hijo/hija la <u>primera</u> vez que esto le ocurrió.	Anote la <u>edad</u> de su hijo/hija la <u>última</u> vez que esto le ocurrió.	Anote <u>cuantas veces</u> esto le ocurrió a su hijo/hija. Si ocurrió muchas veces, aproxime un número.
1. Accidente o choque en un automóvil, avión o bote.	0	1			
2. Atacado(a) por un animal.	0	1			
3. Desastres hechos por el hombre (incendios, guerra, etc.).	0	1			
4. Desastres naturales (huracán, tornado, inundación).	0	1			
5. Hospitalización o tratamiento médico invasivo.	0	1			
6. Abuso físico.	0	1			
7. Abuso sexual, asalto sexual, o violación.	0	1			
8. Quemadura accidental.	0	1			
9. Ahogamiento.	0	1			

10. Vió a <u>otra</u> persona ser golpeada, violada, amenazada con daño serio, disparada y herida seriamente, o asesinada.	0	1			
11. Ha sido secuestrado(a).	0	1			
12. Otra:	0	1			

13. Si más de un evento le ocurrió a su hijo/hija: anote el número del evento que usted piensa lo/la lastimó más:	
--	--

**POR FAVOR CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.....**

**CPC-P**

ID \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Abajo hay una lista de síntomas que niños tienen después de eventos que amenazan sus vidas. Cuando piensa en **TODOS** los eventos traumantes en la primera página que amenazaron su vida, marque el número abajo (0-4) que mejor describe con que frecuencia el síntoma lo/la ha molestado en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**.

0	1	2	3	4
Para nada	Una vez a la semana o menos/ de vez en cuando	De 2 a 4 veces a la semana/ la mitad del tiempo	5 o más veces a la semana/ casi siempre	Todos los días

14. ¿Tiene su hijo/hija memorias intrusas del trauma? ¿Lo menciona sin que se le pregunte? 0   1   2   3   4

15. ¿Tiene su hijo/hija más pesadillas desde que ocurrió el trauma(s)? 0   1   2   3   4

16. ¿Actua su hijo/hija como si el evento traumante esutivera ocurriendo de nuevo, aunque no sea el caso? 0   1   2   3   4

Esto ocurre cuando el niño(a) actua como si estuviera en el evento traumante y pierde contacto con la realidad. Esto es obvio cuando ocurre.

17. ¿Desde el trauma, a tenido episodios donde parece congelarse? Puede que usted haya intentado sacarlo(a) del momento pero el niño(a) no respondió. 0   1   2   3   4

18. ¿Se molesta cuando se lo/la expone a recuerdos del evento? 0   1   2   3   4

Por ejemplo, un niño(a) que estuvo en un accidente de coche se pone nervioso(a) cuando está en un coche.

O, un niño(a) que vió un huracán se pone nervioso(a) cuando llueve.

O, un niño(a) que vió violencia doméstica se pone nervioso(a) cuando otra gente discute.

O, una niña que fue abusada sexualmente se pone nerviosa cuando alguien la toca.

19. ¿Sufre su hijo/hija angustia física cuando se le expone a recuerdos? 0   1   2   3   4  
¿Por ejemplo, le late mas rápido el corazón, le tiemblan las manos, le falta el aire, o vomita?

Piense en el mismo tipo de ejemplos como en la pregunta #18.

20. ¿Muestra su hijo/hija emociones negativas que persisten (miedo, culpabilidad, tristeza, vergüenza, confusión) que no están relacionadas con recuerdos del evento como en la pregunta #18? 0   1   2   3   4

21. ¿Trata su hijo/hija de evitar conversación que le podría recordar del trauma(s)? 0   1   2   3   4

¿Por ejemplo, si otra gente habla sobre lo ocurrido, se aleja o cambia de tema?

**POR FAVOR CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.....**

0	1	2	3	4	
Para nada	Una vez a la semana o menos/ de vez en cuando	De 2 a 4 veces a la semana/ la mitad del tiempo	5 o más veces a la semana/ casi siempre	Todos los días	
22. ¿Intenta su hijo/hija evitar cosas o lugares que le recuerdan del trauma(s)? Por ejemplo, un niño(a) que estuvo en un accidente de coche trata de no subirse a un coche. O, un niño(a) que estuvo en una inundación le dice que no maneje encima de un puente. O, un niño(a) que vio violencia doméstica se pone nervioso(a) de ir a la casa donde ocurrió. O, una niña que sufrió abuso sexual tiene miedo de ir a la cama porque ahí fue abusada.	0	1	2	3	4
23. ¿Tiene su hijo/hija dificultad en recordar todo el incidente? ¿Ha bloqueado todo el incidente?	0	1	2	3	4
24. ¿Tiene su hijo/hija creencias negativas y exageradas sobre si mismo(a), otras personas, o el mundo?	0	1	2	3	4
25. ¿Tiene su hijo/hija pensamientos distorcionados sobre la causa o consecuencias de los eventos traumantes?	0	1	2	3	4
26. ¿Ha perdido interés en cosas que le gustaban desde el trauma(s)?	0	1	2	3	4
27. ¿Se ha vuelto su hijo/hija más distante y separado(a) de la familia o los amigos(as) desde el trauma(s)?	0	1	2	3	4
28. ¿Desde el trauma(s), muestra su hijo/hija una variedad restringida de emociones positivas en su cara comparado con antes?	0	1	2	3	4
29. ¿Se ha vuelto su hijo/hija más irritable, o ha tenido malgenios desde el trauma(s)?	0	1	2	3	4
30. ¿Ha participado su hijo/hija en actividades peligrosas y auto-destructivas desde el trauma(s)?	0	1	2	3	4
31. ¿Ha estado más "a la alerta" por si pasa algo malo? Por ejemplo, mira alrededor buscando algún peligro?	0	1	2	3	4
32. ¿Se asusta su hijo/hija mas fácilmente que antes del trauma(s)? Por ejemplo, si hay un ruido fuerte o alguien se acerca de atrás, salta o se asusta?	0	1	2	3	4
33. ¿Ha tenido su hijo/hija más dificultad de concentrarse desde el trauma(s)?	0	1	2	3	4
34. ¿Ha tenido dificultad de dormirse o quedarse dormido(a) desde el trauma(s)?	0	1	2	3	4

**POR FAVOR CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE.....**

## DEFECTOS DE FUNCIONAMIENTO

¿Lastiman el desempeño de su hijo/hija en las siguientes áreas los síntomas que acaba de identificar?

0	1	2	3	4	
Casi nunca/ nunca	Algunas veces	La mitad de los días	Más de la mitad de los días	Todos los días	
35. ¿Afectan los síntomas cómo el/ella se porta con usted, interfieren con su relación, o lo/la ponen triste o enojado(a)?	0	1	2	3	4
36. ¿Afectan los síntomas cómo el/ella se porta con hermanos o hermanas, y los/las pone tristes o enojados(as)?	0	1	2	3	4
37. ¿Afectan estos síntomas cómo se porta con profesores o compañeros de escuela más de lo normal?	0	1	2	3	4
38. ¿Afectan los síntomas como se lleva con los amigos(as) — en la guardería, la escuela, o en el barrio?	0	1	2	3	4
39. ¿Hacen los síntomas mas difícil salir afuera con su hijo/hija que con otro niño(a)? ¿Es más difícil ir a lugares como la tienda? ¿O un restaurante?	0	1	2	3	4
40. ¿Piensa que este comportamiento le causa tristeza a su hijo/hija?	0	1	2	3	4

Version 03 December 19, 2013.

© Michael Scheeringa, MD, MPH, 2010, Tulane University, New Orleans, LA. [mscheer@tulane.edu](mailto:mscheer@tulane.edu). Este formulario puede ser reproducido gratuitamente, pero no vendido, sin el permiso del autor.

## RESULTADO

Es important llenar la página de Eventos Traumantes (números 1-13) antes de administrar la parte con los síntomas porque es importante saber todos los eventos traumantes que alguien ha tenido que causan los síntomas. Esta página es un menu sistemático para facilitar el recuerdo de todos los eventos.

Síntomas son sumados para la cantidad total de eventos, en contraste a muchas listas que solo consideran un evento.

Números 14-34 son síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. Sume los números marcados para las preguntas 14-34. El limite sugerido esta basado en un “diagnóstico probable” de Trastorno de Estrés Postraumático, que es un total de 20 o más para las preguntas 14-34. Cuando jóvenes sacan una nota por debajo de 20 pueden tener síntomas y dificultades que mejorarían con tratamiento.

Las preguntas 35-40 son artículos de defectos en funcionamiento. Estas preguntas se pueden sumar para una nota de deterioración pero no se suman a la nota de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. Un limite de  $\geq 4$  sugiere que el joven podría aprovechar el tratamiento aunque la nota de síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático sea menos de 20.

	<u>Preguntas</u>	<u>Limite probable para un diagnóstico</u>
Sintomas de Trastorno de Estrés Postraumático	14-34	$\geq 20$
Defectos de funcionamiento	35-40	$\geq 4$