

TBH: VERSIÓN PARA NIÑOS & ADOLESCENTES

EVENTOS TRAUMÁTICOS para niños y adolescentes entre 7-18 años

(Adaptado de la Lista de Trastorno de Estrés Postraumático para Niños, © Michael Scheeringa, MD, MPH, 2010, Tulane University, New Orleans, LA. Traducción al español hecha por Mora Violeta Puértolas López, 2014.)

TIPS # del joven _____ **Edad:** _____ **años** **Fecha:** _____

Para Niños/Adolescentes Entre 7 -18 Años acerca de si mismos:

PARA INCLUIR UN EVENTO, DEBES HABER SENTIDO UNO DE ESTOS:

- (1) SENTIR QUE PODRÍAS MORIR, O
- (2) HABER SIDO HERIDO(A) SERIAMENTE O QUE TE PODRÍAS HACER DAÑO, O
- (3) VISTE QUE #1 O #2 LE PASÓ A OTRA PERSONA, O VISTE A ALGUIEN MORIR.

	0 = No me pasó a mi. 1 = Si me pasó a mi.	Marca tu <u>edad</u> la <u>primera</u> vez que esto ocurrió.	Marca tu <u>edad</u> la <u>última</u> vez que esto ocurrió.	Marca <u>cuantas veces</u> esto ocurrió.
1. Accidente o choque en un automóvil, avión o bote.	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥10
2. Fuiste atacado(a) por un animal.	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥10
3. Desastres (inundación, huracán, tornado, incendio, guerra, etc.).	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥10
4. Hospitalización o tratamiento médico invasivo.	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥10
5. Abuso físico.	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥10
6. Abuso sexual, asalto sexual, o violación.	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥10

7. Accidentes que amenazan la vida (quemaduras, caídas, ahogamiento, etc.).	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥ 10
8. Viste a <u>otra</u> persona ser golpeada, violada, amenazada con daño serio, disparada, herida seriamente, o asesinada.	0 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥ 10
9. Otro:	0 1 1 No estoy seguro(a)	0-6 7-12 13-18	0-6 7-12 13-18	1 2-5 6-9 ≥ 10
10. Si más de un evento te pasó: anota el número del evento que te causó la mayor cantidad de angustia:				

CONTINUA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.....

Este formulario puede ser reproducido y usado gratuitamente, pero no vendido, sin el permiso del autor.

Para Niños/Adolescentes Entre 7-18 Años:

Abajo hay una lista de problemas que niños pueden tener después de vivir uno de los evento en la página anterior. Lee cada uno cuidadosamente y marca el número (0-3) que mejor describe con que frecuencia te ha molestado ese problema EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS. Llena esta página aunque no hayas vivido ninguno de los eventos en la página anterior.

0	1	2	3	
Nunca o solo una vez	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	
11. Tuve pensamientos o imagines molestosas sobre el evento que aparecieron en mi mente cuando no quería pensar en eso	0	1	2	3
12. Tengo malos sueños o pesadillas	0	1	2	3
13. Actúo o siento como si el evento estuviera ocurriendo de nuevo (oigo algo o veo una foto y siento como si estuviera ahí de nuevo)	0	1	2	3
14. Me siento mal cuando pienso o oigo algo del evento (por ejemplo, me siento asustado(a), enojado(a), triste, culpable, etc.)	0	1	2	3
15. Siento algo en mi cuerpo cuando pienso o oigo algo sobre el evento (por ejemplo, empiezo a transpirar, el corazón me late más rápido)	0	1	2	3
16. Trato de no pensar, hablar, o tener sentimientos sobre el evento	0	1	2	3
17. Trato de evitar actividades, gente, o lugares que me recuerdan del evento traumático	0	1	2	3
18. Tengo mucho menos interés en cosas que me gustaban	0	1	2	3
19. No me siento cerca de la personas a mi alrededor	0	1	2	3
20. No puedo tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no puedo llorar o sentirme feliz)	0	1	2	3
21. Siento que mis planes o sueños para el futuro no se realizarán (por ejemplo, no encontraré un trabajo o no me casaré o tendré hijos)	0	1	2	3
22. Tengo dificultad durmiéndome o quedándome dormido	0	1	2	3
23. Me siento irritable o tengo ataques de rabia	0	1	2	3
24. Soy demasiado cuidadoso(a) (por ejemplo, chequeo para ver que o quién está a mi alrededor)	0	1	2	3
25. Me asusto fácilmente (por ejemplo, cuando alguien se me acerca por atrás)	0	1	2	3

Para Niños/Adolescentes Entre 7-18 Años:

Por favor marca el número bajo el encabezamiento que mejor te describe:

	(0) NUNCA	(1) A VECES	(2) MUCHAS VECES
26. Me siento triste o infeliz	0	1	2
27. Me siento desesperanzado(a)	0	1	2
28. Me siento bajoneado(a)	0	1	2
29. Me preocupo mucho	0	1	2
30. Parezco divertirme menos	0	1	2
31. Me siento inquieto(a)	0	1	2
32. Paso mucho tiempo soñando despierto(a)	0	1	2
33. Me distraigo fácilmente	0	1	2
34. Me cuesta concentrarme	0	1	2
35. Actúo como si conducido por un motor	0	1	2
36. Me peleo con otros niños	0	1	2
37. No hago caso a las reglas	0	1	2
38. No comprendo los sentimientos de otros	0	1	2
39. Me burlo de otros	0	1	2
40. Culpo a otros por mis problemas	0	1	2
41. Me niego a compartir	0	1	2
42. Me llevo cosas que no me pertenecen	0	1	2
43. Me preocupo de si las cosas me saldrán bien	0	1	2
44. Me preocupo que no soy igual de bueno(a) que otros niños	0	1	2
45. Tengo miedo de quedarme solo(a) en casa	0	1	2

(Las preguntas 26-42 son de la Lista de Síntomas Pediátrica [Murphy et al., 1989])

(Las preguntas 43-45 son de la lista SCARED [Birmaher et al., 1999])

	No or No Sé	Yes
46. ¿En los últimos 90 días, tuviste ideas de suicidio y atentaste suicidio?	0	1
47. ¿Escuchaste voces o viste cosas que otros no escuchan o ven?	0	1

SOLO Para Adolescentes Entre 13-18 Años:

	No or No Sé	Yes
48. ¿En los últimos 90 días, has abusado alcohol o drogas?	0	1

(Las preguntas 46-56 son del Formulario de Investigación de Salud Conductual [DCFS])

Gracias.