

CUESTIONARIO SOBRE AFECCIONES EN NIÑOS CON (PTSD) DESORDEN POST TRAUMÁTICO (YCPC)

1-6 Años (12/9/13)

Nombre _____ ID _____ Fecha _____

EVENTOS TRAUMÁTICOS

PARA CONTAR UN EVENTO, SU NIÑO DEBE HABER SENTIDO UNO DE LOS SIGUIENTES INCIDENTES:

- (1) SENTIÓ COMO SI ÉL/ELLA FUERA A MORIR, O
- (2) ÉL/ELLA TUVO UNA LESIÓN GRAVE O SENTIÓ QUE ÉL/ELLA PUDO HABER TENIDO UNA LESIÓN GRAVE, O
- (3) ÉL/ELLA VIO (1) O (2) LE PASO A OTRA PERSONA, O VIO A ALGUIEN MOIR.

	Circule 0 si esto <u>no le sucedió</u> a su niño.	Circule 1 si esto <u>sí le</u> ocurrió con su niño.	Escriba la <u>edad</u> de su niño cuando le sucedió a él/ella por la <u>primera</u> vez.	Escriba la <u>edad</u> de su niño cuando le sucedió a él/ella la <u>última</u> vez.	Escriba el <u>número de veces que esto le sucedió a su niño</u> . Si hubiera sucedido varias veces, por favor haga su mejor estimación.
1. Accidente o choque de un automóvil, avión o barco.	0	1			
2. Atacado por un animal.	0	1			
3. Desastres provocados por el hombre (incendios, guerras, etc).	0	1			
4. Desastres naturales (huracán, tornado, inundaciones).	0	1			
5. Hospitalización médica o procedimientos médicos invasivos.	0	1			
6. Abuso físico.	0	1			
7. Abuso sexual, agresión sexual, o violación.	0	1			
8. Quemadura accidental.	0	1			
9. A punto de haberse ahogado.	0	1			
10. Fue testigo <u>de que golpearan a otra persona</u> , violado, amenazado con ser dañado gravemente, de que le hayan disparado gravemente, herido o que lo hayan matado.	0	1			
11. Secuestrado.	0	1			
12. Otro:	0	1			
13. Si a su hijo/a le sucedió algo más: Escriba el número de veces que ese algo le haya sucedido y que usted piense que le hayan causado angustia a él/ella.					

FAVOR CONTINUE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

YCPC

Abajo hay una lista de síntomas que los niños pueden tener después de acontecimientos que amenazan la vida.

Pensando en TODOS los acontecimientos traumáticos que amenazan la vida en la primera página, circule el número abajo (0-4) que mejor describa con qué frecuencia el síntoma se ha presentado en las 2 semanas pasadas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días
14. ¿Tiene su niño/niña recuerdos obsesivos involuntarios del evento traumático? ¿Los expresa por cuenta propia?	0	1	2	3	4
15. ¿Representa el niño el evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes? Es decir, representa con ellos escenas parecidas al evento traumático. ¿O personifica ese evento solo o con otros niños?	0	1	2	3	4
16. ¿Está teniendo el niño más pesadillas desde que el evento traumático ocurrió?	0	1	2	3	4
17. ¿Comenzaron los sobresaltos de noche o empeoraron después de los traumas? Los sobresaltos de noche son diferentes de las pesadillas: en sobresaltos nocturnos un niño por lo general grita en su sueño, no se despierta, y no lo recuerda al día siguiente.	0	1	2	3	4
18. ¿Actúa el niño/niña como si el evento traumático estuviera ocurriéndole de nuevo, a él/ella, aun cuando no lo está? Esto es cuando el niño/niña actúan como estuvieran de nuevo en el evento traumático y no están en contacto con la realidad. Esto es bastante obvio cuando sucede.	0	1	2	3	4
19. Desde el trauma, ¿ha tenido episodios en que parece quedarse congelado? Usted puede haber tratado de despertarlo, pero no responde.	0	1	2	3	4
20. ¿Se molesta cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos?	0	1	2	3	4
Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilístico podría ponerse nervioso al viajar en coche.					
O un niño que ha estado en un huracán podría ponerse nervioso cuando llueve.					
O un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso cuando otras personas discuten. O una niña que sufrió abuso sexual podría ponerse nerviosa cuando alguien la toca.					
21. ¿Muestra su niño signos físicos de angustia cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, corazón acelerado, manos temblorosas, sudoración, falta de aire o náuseas	0	1	2	3	4
Piense en ejemplos similares a los de la pregunta #20					
22. El niño muestra persistentemente emociones negativas (miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión) lo que <u>no es</u> provocado por la exposición a los recuerdos del evento, como los de la pregunta #20.	0	1	2	3	4

FAVOR CONTINUE EN LA SIGUENTE PÁGINA . . .

0	1	2	3	4	
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días	
23. ¿Trata el niño de evitar las conversaciones que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si otras personas hablan de lo sucedido se aleja o cambia el tema.	0	1	2	3	4
24. ¿Procura el niño evitar las cosas o lugares que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilístico podría resistirse a entrar a un coche. O un niño que ha estado en una inundación podría pedirle que no cruce un puente. O un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso en la casa donde sucedió. O una niña víctima de abusos sexuales podría ponerse nerviosa cerca de la cama donde tuvo lugar el abuso.	0	1	2	3	4
25. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha perdido interés su niño en las cosas que le gustaba hacer?	0	1	2	3	4
26. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿se ha distanciado o separado más su niño de la familia, los parientes o amigos?	0	1	2	3	4
27. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿muestra su niño una grado más restringido de emociones positivas en el rostro?	0	1	2	3	4
28. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿el niño ha estado más irritable, ha tenido arrebatos de ira o ha desarrollado rabietas extremas?	0	1	2	3	4
29. ¿Ha estado "a la expectativa" de que ocurran cosas malas? Por ejemplo, mira a su alrededor en busca de peligro.	0	1	2	3	4
30. ¿Se asusta más fácilmente su niño que antes del evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si hay un ruido fuerte o alguien aparece de repente por detrás, ¿se sobresalta o asusta?	0	1	2	3	4
31. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha tenido más dificultad su niño para concentrarse?	0	1	2	3	4
32. ¿Le ha sido más difícil al niño dormir o permanecer dormindo después del evento traumático?	0	1	2	3	4
33. Desde del evento o eventos traumáticos, ¿Se ha vuelto su niño más agresivo físicamente? Por ejemplo, pega, da patadas, muerde o rompe cosas	0	1	2	3	4
34. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿el niño se ha vuelto más apegado o inseguro?	0	1	2	3	4

FAVOR SIGA LA SIGUENTE PÁGINA

0	1	2	3	4
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días

35. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha perdido su niño habilidades que había adquirido previamente? 0 1 2 3 4

Por ejemplo, ir solo el baño.

O habilidades de lenguaje.

O habilidades motoras, por ejemplo, al cerrar broches, cierres o botones.

36. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha desarrollado su niño temores nuevos sobre cosas que no parecen estar relacionadas con el trauma? 0 1 2 3 4

Por ejemplo, ir al baño solo, o miedo a la oscuridad.

DETERIORO FUNCIONAL

Indique la manera en que los síntomas mencionados anteriormente afectan el funcionamiento de su niño en las siguientes áreas.

0	1	2	3	4	
Casi nunca o nunca	A veces	La mitad del tiempo	Más de la mitad Del tiempo	Todos los días	
37. ¿Interfieren en forma importante los síntomas con la manera en que el niño se lleva con usted o en la relación que hay entre ustedes o hacen que usted se sienta mal o se enoje?	0	1	2	3	4
38. ¿Interfieren los síntomas con la manera en que el niño se lleva con sus hermanos, o hacen que se sientan mal o enojados?	0	1	2	3	4
39. ¿Interfieren los síntomas con el maestro o la clase más de lo habitual?	0	1	2	3	4
40. ¿Interfieren los síntomas con la manera en que su niño/niña se lleva con los amigos, ya sea en la guardería infantil, en la escuela o en el vecindario?	0	1	2	3	4
41. ¿Los síntomas de su niño/niña hacen que sea más difícil sacarlo en público que a un niño promedio? ¿Es más difícil salir con su niño/niña a lugares como una tienda de comestibles o un restaurante?	0	1	2	3	4
42. ¿Cree que estos comportamientos hacen que su niño se sienta mal?	0	1	2	3	4

version 12/9/13

© Michael Scheeringa, MD, MPH, 2010, Tulane University, New Orleans, Louisiana. mscheer@tulane.edu. Este formulario puede reproducirse y usarse de forma gratuita, pero no venderse, sin el permiso del autor.