

## 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 moriendose 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 últimos 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 imágenes molestos sobre el evento aunque tu no querías 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 fácilmente.	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                       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 5. En hacer tu tarea            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Que haceres y obligaciones en casa | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 6. Llevarte bien con tu familia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. Con tus amistades                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 7. Ser feliz con tu vida        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. En hacer cosas divertidas          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                                 |   |