

Child Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### UCLA PTSD Index Trauma Screen (Niños 7-17)

Abajo se encuentra una lista de cosas MUY ESPANTOSAS, PELIGROSAS O VIOLENTAS que algunas veces le ocurren a las personas. **Marque "Sí"** si esta cosa espantosa **LE PASO A USTED**  
**Marque "No"** si **NO LE HA PASADO A USTED**

- 1. Estar en un gran terremoto que dañó gravemente el edificio en el cual usted estaba.  **Si**  **No**
- 2. Estar en otra clase de **desastre**, como un incendio, tornado, inundación o huracán.  **Si**  **No**
- 3. Estar en un grave **accidente**, como ser un accidente automovilístico **muy serio**  **Si**  **No**
- 4. Estar en un lugar donde una **guerra** esta sucediendo alrededor suyo.  **Si**  **No**
- 5. Ser **golpeado, apuñeteado, o pateado fuertemente** en casa. **(NO INCLUYA** peleas ordinarias entre hermanos y hermanas).  **Si**  **No**
- 6. Ver un miembro de familia ser **golpeado, apuñeteado, o pateado fuertemente** en casa. **(NO INCLUYA** peleas ordinarias entre hermanos y hermanas).  **Si**  **No**
- 7. Recibir una paliza, **disparo o una amenaza de ser herido gravemente** en su ciudad.  **Si**  **No**
- 8. Ver a alguien en su ciudad recibir una **paliza, disparo, o matado**  **Si**  **No**
- 9. Ver el **cuerpo de un muerto** en su ciudad. **(NO INCLUYA** funerales)  **Si**  **No**
- 10. Haber sido tocado por un adulto o alguien mayor en las partes sexuales privadas del cuerpo cuando usted no quería que eso suceda.  **Si**  **No**
- 11. Escuchar acerca de la **muerte violenta o una lesión seria** de un ser querido  **Si**  **No**
- 12. Tener un **tratamiento medico doloroso y que da miedo en un hospital** cuando usted estaba muy enfermo(a) o mal herido(a).  **Si**  **No**
- 13. En **OTRAS** situaciones de las descritas arriba, ¿le ha pasado alguna vez **ALGUNA OTRA COSA** que fue **REALMENTE ESPANTOSA, PELIGROSA O VIOLENTA?** \_\_\_\_\_

Si respondió "SI" a **MAS DE UNA COSA**, coloque el numero de la cosa que le **MOLESTA MAS AHORA** en este espacio en blanco. # \_\_\_\_\_

**PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**, por favor **MARQUE [SI] o [NO]** para responder **COMO SE SINTIO durante o inmediatamente después** que la cosa mas mala le sucedió.

- 1. Tenia miedo de que usted moriría?  **Si**  **No**
- 2. Tenia miedo de que le fueran a herir gravemente?  **Si**  **No**
- 3. Le hirieron gravemente?  **Si**  **No**
- 4. Tenia miedo de que alguien más moriría?  **Si**  **No**
- 5. Tenia miedo de que alguien más fuera a ser herido (a) gravemente?  **Si**  **No**
- 6. Fue alguien más herido gravemente?  **Si**  **No**
- 7. Murió alguien?  **Si**  **No**
- 8. Sintió que no podía parar lo que le estaba pasando o que necesitaba alguien que le ayude?  **Si**  **No**
- 9. Sintió que lo que usted vio fue desagradable o asqueroso?  **Si**  **No**
- 10. Se sintió usted muy confundido (a)?  **Si**  **No**

UCLA PTSD Index Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, & Frederick (1998); CPSS Foa, Johnson, Feeny, and Treadwell (2001). Spanish version courtesy Jaycox. RAND 11.26.08

Child Name \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Child PTSD Symptom Scale (CPSS) Spanish (Niños 7-17)

A continuación sigue una lista de problemas que los niños(as) de vez en cuando tienen después que han pasado un evento disgustante. Escucha con cuidado y dime cuantas veces, estos problemas te han preocupado en el MES PASADO – nunca, de vez en cuando, la mitad del tiempo, o casi siempre.

0 = Nunca

1 = De vez en cuando

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 dime si los problemas que acabas de mencionar en la Parte 1 han interferido en las siguientes cosas en tu vida DURANTE EL MES PASADO. Marque [Si] o [No].

- |  |   |                                     |   |
|--|---|-------------------------------------|---|
| 1. Cuándo rezas                              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 5. Llevarte bien con tu familia     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Que hacles y obligaciones en casa         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 6. Llevarte bien con tus amigos(as) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. Hacer cosas divertidas que te gusta hacer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 7. Ser feliz con tu vida            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. La tarea de la escuela                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                                     |   |

UCLA PTSD Index Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, & Frederick (1998); CPSS Foa, Johnson, Feeny, and Treadwell (2001). Spanish version courtesy Jaycox. RAND 11.26.08