TBH: VERSIÓN PARA PADRE/CUIDADOR

EVENTOS TRAUMÁTICOS para niños y adolescentes entre 0-18 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: __ __ __ __ __ __ __ __ __ **Fecha:** _____/_____/_____

Nombre del joven: _____ **Edad:** _____ **años**

Sobre Niños/Adolescentes Entre 0-18 Años:

Persona llenando este formulario: Padre Pariente Padre adoptivo Otro

PARA INCLUIR UN EVENTO, SU HIJO/HIJA DEBE HABER SENTIDO UNO DE ESTOS:
(1) Sentir que él o ella morirá
(2) Que él o ella estaba herido(a) o que se podría hacer daño, o
(3) Él/ella vió (1) o (2) que le paso a otra persona, o vió a alguien morir.

	0 = **No me pasó** a mi. 1 = **Si me pasó** a mi.	Marca tu edad la primera vez que esto ocurrió.	Marca tu edad la última vez que esto ocurrió.	Marca cuantas veces 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 otra 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 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:				

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

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

<u>SOLO</u> Para Niños/Adolescentes Entre 3-18 Años:

Abajo hay una lista de problemas que niños pueden tener después de vivir uno de los evento en la página anterior. Lea cada uno cuidadosamente y marque el número (0-3) que mejor describe con que frecuencia su hijo/hija ha tenido ese problema EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS. Llene esto aunque no haya marcado ninguno de los eventos en la página anterior; especialmente para niños en cuidado adoptivo, llenar este formulario puede darle mayor conocimiento sobre eventos acerca de los que todavía no sabe.

(0) Nunca / solo una vez	(1) Una vez a la semana o menos/ de vez en cuando	(2) De 2 a 4 veces a la semana/ la mitad del tiempo	(3) 5 o más veces a la semana/ casi siempre

11. Tiene pensamientos o imagines molestosas sobre el evento que aparecieron en la mente del niño(a) cuando él/ella no quería pensar en eso	0	1	2	3
12. Tiene malos sueños o pesadillas	0	1	2	3
13. Actúa o siente como si el evento estuviera ocurriendo de nuevo (por ejemplo, oye algo o ve una foto y siente como si él/ella está ahí de nuevo)	0	1	2	3
14. Se siente triste cuando piensa o oye algo del evento (por ejemplo, se siente asustado(a), enojado(a), triste, culpable, etc.)	0	1	2	3
15. Siente algo en su cuerpo cuando piensa o oye algo sobre el evento (por ejemplo, empieza a transpirar, el corazón le late más rápido)	0	1	2	3
16. Trata de no pensar, hablar, o tener sentimientos sobre el evento	0	1	2	3
17. Trata de evitar actividades, gente, o lugares que le recuerdan del evento traumático	0	1	2	3
18. Está mucho menos interesado(a) en hacer cosas que antes le gustaban	0	1	2	3
19. No se siente cerca de la personas a su alrededor	0	1	2	3
20. No puede tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no puede llorar o sentirse feliz)	0	1	2	3
21. Siente que sus planes o sueños para el futuro no se realizarán (por ejemplo, él/ella no trabajará o no se casará o no tendrá hijos)	0	1	2	3
22. Tiene dificultad durmiendo o quedándose dormido	0	1	2	3
23. Se siente irritable o tine ataques de rabia	0	1	2	3
24. Es demasiado cuidadoso(a) (por ejemplo, chequea para ver que o quién está a su alrededor)	0	1	2	3
25. Es asustadizo o se sobresalta fácilmente (por ejemplo, cuando alguien se le acerca por atrás)	0	1	2	3

(Las preguntas 11-25 son de la Escala de Síntomas de PTSD en Niños (CPSS), Versión para Cuidador [Foa et al., 2001])

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

<u>SOLO</u> Para Niños/Adolescentes Entre 3-18 Años:

Por favor marque el número bajo el encabezamiento que mejor describe a su hijo(a):

	(0) NUNCA	(1) A VECES	(2) MUCHAS VECES
26. Se siente triste o infeliz	0	1	2
27. Se siente desesperanzado(a)	0	1	2
28. Se siente bajoneado(a)	0	1	2
29. Se preocupa mucho	0	1	2
30. Parece divertirse menos	0	1	2
31. Es inquieto(a)	0	1	2
32. Pasa mucho tiempo soñando despierto(a)	0	1	2
33. Se distrae fácilmente	0	1	2
34. Le cuesta concentrarse	0	1	2
35. Actúa como si conducido por un motor	0	1	2
36. Se pelea con otros niños	0	1	2
37. No hace caso a las reglas	0	1	2
38. No entiende los sentimientos de otros	0	1	2
39. Se burla de otros	0	1	2
40. Culpa a otros por sus problemas	0	1	2
41. Se niega a compartir	0	1	2
42. Se lleva cosas que no le pertenecen	0	1	2
43. Se preocupa de si las cosas le saldrán bien	0	1	2
44. Siente que no es igual de bueno(a) que otros niños	0	1	2
45. Tiene miedo de quedarse 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 o No Sabe	Sí
46. ¿Ha sido el niño/adolescente un peligro a si mismo o a otros en los últimos 90 días? (Por ejemplo, atentó suicidio; expresó ideas de suicidio; se puso en situaciones peligrosas; asaltó a otras personas; intentó de asaltar o asaltó a otros niños sexualmente, etc.)	0	1
47. ¿Ha demostrado comportamientos raros o inusuales? (Por ejemplo, masturbación excesiva o pública; parece oír voces; se golpea la cabeza; unta feces, incendia cosas, lastima animales, etc.)	0	1

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

SOLO Para Adolescentes Entre 13-18 Años:

	No o No Sabe	Sí
48. ¿Se sabe que el niño/adolescente abusa alcohol y/o drogas?	0	1

Para Niños Entre 1-18 Años:

	No o No Sabe	Sí
49. ¿Tiene el niño/adolescente problemas con mantenimiento personal? (Por ejemplo, come o toma cosas que no son alimento; come demasiado o muy rápidamente; esconde comida; para niños de 6 años o más – no sabe usar el baño).	0	1
50. ¿Tiene el niño(a) un retraso con el lenguaje?	0	1
51. ¿Se mece o aletéa los brazos?	0	1

SOLO Para Niños Entre 1-6 Años:

	No o No Sabe	Sí
52. ¿Demuestra el niño(a) cariño indiscriminado? (Por ejemplo, se acerca a un desconocido para darle un abrazo)	0	1
53. ¿Tiene el niño(a) berrinches frecuentes y intensos o comportamiento extremadamente agresivo?	0	1
54. ¿No le pide el niño(a) consuelo a nadie – o solo a un hermano(a)?	0	1
55. ¿Tiene un problema con el sueño, dificultad durmiéndose, o patalea en la noche?	0	1
56. ¿Es retraído, sentado y mirando a la distancia con una expresión ausente?	0	1

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

Gracias.

RESULTADOS DE TBH

Puntuaciones de corte que indican preocupación clínica y causa de derivación a los clínicos.

	Artículos	**Cortar**
Puntuación PTSD (15 artículos)	#11-25	10 o superior
Puntuación de comportamiento internalizante (8 artículos)*	#26-30 + #43-45	8 o superior
Puntuación ADHD (5 artículos)	#31-35	7 o superior
Puntuación del comportamiento externalizante (7 artículos)	#36-42	7 o superior