

ÍNDICE DE REACCIÓN PTSD DE UCLA para la VERSIÓN DSM-5 – PADRE/ENCARGADO DE LA ATENCIÓN ©

Al entrevistar al padre/encargado de la atención, pregunte: *Algunas veces las personas sufren cosas violentas o que les dan miedo, en las que alguna persona podría haber quedado lastimada gravemente o aún morir. ¿Le ha pasado algo así alguna vez a su hijo?*

1. Proporcione una breve descripción de lo que pasó:

Abajo hay una lista de otras cosas violentas o que dan miedo. Estos pueden ser momentos en que alguna persona podría haber quedado o en realidad quedó gravemente lastimada o muere. Para cada pregunta, marque “**Sí**” si esto le ha **pasado a su hijo**; marque “**No**” si esto **NO le ha pasado a su hijo**.)

2. Mi hijo estuvo en un desastre , por ejemplo un terremoto, incendio forestal, huracán, tornado o inundación.	☐ Sí	☐ No
3. Mi hijo estuvo en un accidente serio, por ejemplo un grave accidente de carro o caída.	☐ Sí	☐ No
4. Mi hijo estuvo en un lugar donde se llevaba a cabo una guerra a su alrededor.	☐ Sí	☐ No
5. Mi hijo fue golpeado, atacado o pateado muy fuertemente en el hogar. (NO INCLUYE las peleas ordinarias entre hermanos y hermanas).	☐ Sí	☐ No
6. Mi hijo fue atacado a golpes, herido por bala o amenazado de ser lastimado fuertemente en su escuela, vecindario o pueblo.	☐ Sí	☐ No
7. Mi hijo vio a alguien en nuestro vecindario o pueblo atacado a golpes, herido por bala o asesinado .	☐ Sí	☐ No
8. Mi hijo vio un cadáver en nuestro vecindario o pueblo (no incluye funerales).	☐ Sí	☐ No
9. Mi hijo sufrió que un adulto o alguien mayor tocara sus partes privadas cuando no quería que lo hicieran (NO INCLUYE una visita al médico)	☐ Sí	☐ No

ÍNDICE DE REACCIÓN PTSD DE UCLA para la VERSIÓN DSM-5 – PADRE/ENCARGADO DE LA ATENCIÓN ©

11. Mi hijo escuchó sobre la muerte violenta o heridas o lesiones graves de un ser querido.	☐ Sí	☐ No
12. Mi hijo ha sufrido un tratamiento médico doloroso que le dio miedo en un hospital cuando estaba muy enfermo o herido gravemente.	☐ Sí	☐ No
14. A mi hijo le forzaron a tener relaciones sexuales con alguien en contra de su voluntad.	☐ Sí	☐ No
15. OTRAS cosas que no sean las descritas anteriormente, ¿le ha pasado CUALQUIER OTRA COSA alguna vez a su hijo que fuera REALMENTE ESCALOFRIANTE, PELIGROSA O VIOLENTA?	☐ Sí	☐ No

Si usted respondió "SÍ" solo a UNA cosa en la lista anterior de preguntas (# 1 a #15), coloque el número de esa cosa en particular (#1 a #15) en este espacio en blanco: # _ Si respondió "SÍ" a MÁS DE UNA COSA, coloque el número de la cosa en particular que MOLESTA MÁS A SU HIJO AHORA en este espacio en blanco: #
¿Hace cuánto tiempo ocurrió esta cosa mala a su hijo?

Aquí hay una lista de problemas que los niños pueden tener después de que les pasan cosas malas. Piense en la cosa mala que le pasó a su hijo que parezca molestar más a su hijo ahora. Para cada problema, **MARQUE UNO CON UN CÍRCULO** alrededor de los números (0, 1, 2, 3, 4 o 5) que indican con qué frecuencia le sucedió el problema a su hijo **en el mes pasado**, aún si la cosa mala sucedió hace mucho tiempo. Use la **Hoja de calificación de la frecuencia** para ayudarlo a decidir cuán frecuentemente ha sucedido el problema **en el mes pasado**. Nota: Si no está seguro sobre cuán frecuentemente ha experimentado su hijo un problema, haga su mejor cálculo. **Solo** marque **“No se”** si **no puede** dar una respuesta en absoluto. **ASEGÚRESE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.**

CUÁNTO TIEMPO DURANTE EL MES PASADO...		Nada	Poco	Algo	Mucho	La mayoría	No se
1 _{E3}	Mi hijo está muy atento al peligro o las cosas a las que les tiene miedo (como ver hacia atrás sobre el hombro aún cuando no haya nada allí).	0	1	2	3	4	5
2 _{D2}	Mi hijo tiene pensamientos como “Soy malo.”	0	1	2	3	4	5
3 _{C2}	Mi hijo trata de mantenerse alejado de personas, lugares o cosas que le recuerden lo que pasó.	0	1	2	3	4	5
4 _{E1}	Mi hijo se enoja fácilmente o discute o tiene peleas físicas.	0	1	2	3	4	5
5 _{B3}	Mi hijo siente como que si hubiera regresado al momento en que lo malo pasó, como si todo estuviera pasando de nuevo.	0	1	2	3	4	5
6 _{D4}	Mi hijo siente como que lo que pasó es asqueroso o grotesco.	0	1	2	3	4	5

ÍNDICE DE REACCIÓN PTSD DE UCLA para la VERSIÓN DSM-5 – PADRE/ENCARGADO DE LA ATENCIÓN ©

7 _{D5}	Mi hijo no siente ganas de hacer cosas con la familia o amigos u otras cosas que le gustaba hacer antes.	0	1	2	3	4	5
8 _{E5}	Mi hijo tiene problemas para concentrarse o poner atención.	0	1	2	3	4	5
9 _{D2}	Mi hijo tiene pensamientos como “El mundo es realmente peligroso”.	0	1	2	3	4	5
10 _{B2}	Mi hijo tiene pesadillas sobre lo que pasó, u otras pesadillas.	0	1	2	3	4	5
11 _{B4}	Cuando algo le recuerda a mi hijo lo que pasó, se enoja, le da miedo o se pone triste.	0	1	2	3	4	5
12 _{D7}	Mi hijo tiene problemas para sentir felicidad o amor.	0	1	2	3	4	5
13 _{C1}	Mi hijo trata de no pensar o tener sentimientos sobre lo que pasó.	0	1	2	3	4	5
14 _{B5}	Cuando algo le recuerda a mi hijo lo que pasó, tiene sentimientos fuertes en su cuerpo, tales como palpitaciones cardíacas rápidas, dolores de cabeza o de estómago.	0	1	2	3	4	5
15 _{D3}	Mi hijo está enojado con alguien por haber causado que lo malo sucediera, no haber hecho más para detenerlo o para ayudar después.	0	1	2	3	4	5
16 _{D2}	Mi hijo tiene pensamientos como “Nunca podré confiar en otras personas”.	0	1	2	3	4	5
17 _{D6}	Mi hijo se siente solo aún cuando está rodeado de otras personas.	0	1	2	3	4	5
18 _{B1}	A la mente de mi hijo vienen pensamientos, imágenes o sonidos de lo que sucedió cuando no desea tenerlos.	0	1	2	3	4	5
19 _{D3}	Mi hijo siente como que parte de lo que pasó fue su culpa.	0	1	2	3	4	5
20 _{E2}	Mi hijo siente que se lastimó a sí mismo a propósito.	0	1	2	3	4	5
21 _{E6}	Mi hijo tiene problemas para dormir, despierta frecuentemente o tiene problemas para volverse a dormir.	0	1	2	3	4	5
22 _{D4}	Mi hijo se siente avergonzado o cohibido por lo que pasó.	0	1	2	3	4	5
23 _{D1}	Mi hijo tiene problemas para recordar partes importantes de lo que pasó.	0	1	2	3	4	5
24 _{E4}	Mi hijo está asustadizo o se sobresalta fácilmente, como cuando escucha un ruido fuerte o cuando algo le sorprende.	0	1	2	3	4	5
25 _{D4}	Mi hijo tiene miedo o temor.	0	1	2	3	4	5
26 _{E2}	Mi hijo hace cosas arriesgadas o no seguras que realmente podrían lastimarlo a él mismo o a alguien más.	0	1	2	3	4	5
27 _{D4}	Mi hijo desea vengarse de alguien por lo que pasó.	0	1	2	3	4	5
Con síntomas disociativos (subtipo disociativo)							
28 _{A1}	Mi hijo siente como si se ve a sí mismo o como si ve lo que está haciendo desde afuera de su cuerpo (como verse a sí mismo al hacer una película).	0	1	2	3	4	5
29 _{A1}	Mi hijo siente que no está conectado con su cuerpo, como si no estuviera realmente allí adentro.	0	1	2	3	4	5
30 _{A2}	Mi hijo siente como si las cosas a su alrededor parecen extrañas, diferentes o como si hubiera neblina.	0	1	2	3	4	5
31 _{A2}	Mi hijo siente como si las cosas alrededor de él no son reales, como si estuviera en un sueño.	0	1	2	3	4	5

ÍNDICE DE REACCIÓN PTSD DE UCLA para la VERSIÓN DSM-5 – PADRE/ENCARGADO DE LA ATENCIÓN ©

HOJA DE CALIFICACIÓN DE LA FRECUENCIA

¿CUÁNTO DEL TIEMPO
DURANTE EL ÚLTIMO MES LE SUCEDIÓ EL PROBLEMA A SU HIJO?

0

NADA

D	L	M	M	J	V	S

NUNCA

1

POCO

D	L	M	M	J	V	S
	X					
					X	

DOS VECES
AL MES

2

ALGO

D	L	M	M	J	V	S
		X			X	
		X				
			X			
		X		X		

1 A 2 VECES A
LA SEMANA

3

MUCHO

D	L	M	M	J	V	S
	X		X		X	
X		X				
	X		X		X	
X	X					

2 A 3 VECES A LA
SEMANA

4

LA MAYORÍA

D	L	M	M	J	V	S
X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X		
	X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X

CASI TODOS
LOS DÍAS