

## Encuesta Sobre los Eventos que Ocurren Durante la Niñez que Afectan la Confianza Niños y Adolescentes: Formulario del proveedor de cuidado

Versión 2.0; 10/10/2006

Es importante para nosotros entender qué le ha podido pasar a su niño/a. Las preguntas a continuación describen algunos tipos de experiencias que pueden crear trastornos. Debido a que nosotros les hacemos estas preguntas a todas las personas, hemos hecho una lista de todos los eventos posibles que puedan haber ocurrido en cualquier momento en la vida de su niño/a. Si uno ó más de estos eventos le han ocurrido a su niño/a, por favor circule **S** para indicar Sí; circule **N** para indicar **No**. Si usted no está seguro/a, circule **NS**, indicando que **no sabe**. Gracias por llenar ésta encuesta.

- |   |   |   |    |
|---|---|---|----|
| 1. ¿Su niño/a ha tenido un accidente grave, como un accidente automovilístico serio?  | S | N | NS |
| 2. ¿Su niño/a alguna vez ha estado durante un desastre natural como un tornado, huracán, incendio, terremoto de gran intensidad ó inundación?   | S | N | NS |
| 3. ¿Su niño/a alguna vez ha sufrido una lesión grave ó ha estado tan enfermo/a que ha tenido que recibir tratamiento médico doloroso o aterrador?   | S | N | NS |
| 4. ¿Su niño/a alguna vez ha sido amenazado/a ó acosado/a por otro/a niño/a que sea hostil hacia otros niños/as (alguien fuera de la familia)?   | S | N | NS |
| 5. ¿Alguna vez alguno de los padres le ha dicho groserías, ha insultado, ó ha dicho cosas para herir a su niño/a repetidamente como por ejemplo, "Eres bueno/a para nada," "Te vamos a mandar a otra parte por comportarte mal," ó "Deseo que nunca hubieras nacido?" | S | N | NS |
| 6. ¿Su niño/a alguna vez ha estado completamente separado/a de uno ó de ambos padres por mucho tiempo, como haber estado bajo cuidado de crianza temporal, el padre vive/ió muy lejos de él/ella ó el/la niño/a dejó de ver al padre del todo?                        | S | N | NS |
| 7. ¿Alguna vez su niño/a ha tenido a un pariente en la cárcel o ha visto cuando arrestaban a un pariente?   | S | N | NS |
| 8. ¿Su niño/a, en algún momento de su vida, no ha tenido el cuidado correcto; como no tener suficiente para comer, le han dejado como niñera/o para sus hermanitos o hermanitas por períodos largos de tiempo ó lo/la han dejado con un adulto que consuma drogas?    | S | N | NS |
| 9. ¿Hubo algún momento en la vida de su niño/a en el cual él/ella vivió en un automóvil, en un albergue para personas desamparadas, en un albergue para mujeres maltratadas ó en la calle?  | S | N | NS |
| 10. ¿Su niño/a alguna vez ha vivido con una persona que abuse el alcohol ó consuma drogas?  | S | N | NS |
| 11. ¿Su niño alguna vez ha visto a otra persona en el hogar tratar de herirse a si mismo o de suicidarse, como por ejemplo cortarse, ó tomar demasiadas pastillas ó drogas?   | S | N | NS |
| 12. ¿Su niño/a alguna vez ha tenido un pariente que estaba deprimido/a ó enfermo/a mentalmente por un período prolongado de tiempo?   | S | N | NS |
| 13. ¿Alguna vez su niño ha tenido a una persona muy cercana ó a un pariente que se haya muerto inesperadamente?   | S | N | NS |

- |   |   |   |    |
|---|---|---|----|
| 14. ¿Alguna vez alguna persona en su casa ha sido violenta hacia su niño/a como azotándolo, pateándolo ó pegándole tan fuertemente que le han dejado moretones ó marcas?  | S | N | NS |
| 15. ¿Alguna vez algún adulto le ha dicho a su niño/a que lo/la va a herir fuertemente ó que va a matarlo/a, ó ha actuado como si lo/la fuera a herir fuertemente ó a matar, así en realidad esa persona no lo haya hecho? | S | N | NS |
| 16. ¿Alguna vez su niño/a ha visto ó escuchado a miembros de su familia actuando como si fueran a matarse ó a herirse gravemente mutuamente, así en realidad ellos no lo hayan hecho?                                     | S | N | NS |
| 17. ¿Alguna vez su niño/a ha visto ó escuchado que le pegaran un puño, le pegaran, que patearan fuertemente ó que mataran a un miembro de su familia?   | S | N | NS |
| 18. ¿Alguna vez su niño/a ha visto a alguien de su vecindad ser abatido/a, que le hayan disparado ó asesinado?  | S | N | NS |
| 19. ¿Alguna vez alguna persona ha robado ó intentado robar (atracado) a su niño/a o a la familia de su niño/a con un arma?  | S | N | NS |
| 20. ¿Alguna vez alguien ha secuestrado a su niño/a ó alguien cercano a su niño/a ha sido secuestrado?   | S | N | NS |
| 21. ¿Alguna vez su niño ha sido herido gravemente por un animal, como por ejemplo atacado por un perro?   | S | N | NS |
| 22. ¿Alguna vez su niño/a ha tenido un animal ó mascota, el cual haya sido herido ó asesinado a propósito por alguien que él/ella conocía?  | S | N | NS |
| 23. ¿Alguna vez su niño/a ha visto a un amigo/a morir?  | S | N | NS |
| 24. ¿Alguna vez alguien ha tocado a su niño/a en sus partes sexuales privadas sin que él/ella lo quisiera?  | S | N | NS |
| 25. ¿Alguna vez alguien ha obligado a su niño/a a tocar las partes sexuales privadas de otra persona?   | S | N | NS |
| 26. ¿Alguna vez alguien ha amarrado, amordazado, vendado, o encerrado en un closet o en un lugar oscuro y aterrador, a su niño/a?   | S | N | NS |

Página 2 puntajes parciales      \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

Página 1 puntajes parciales      \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

Total      \_\_\_    \_\_\_    \_\_\_

**Si más de uno de estos eventos ha ocurrido Y todavía parece molestarle a su niño/a, ponga una estrella junto al cual usted cree que le molesta más.**

[Centro de Entrenamiento del Tratamiento de Traumas]  
 Trauma Treatment Training Center  
 The Childhood Trust & The Mayerson Center for Safe and Healthy Children  
 Cincinnati Children's Hospital Medical Center  
 3333 Burnet Ave, MLC 3008 Cincinnati, Ohio 45229-3039