

OFFICE OF EARLY LEARNING: CUESTIONARIO DE BIENESTAR SOCIAL Y EMOCIONAL DE LA FAMILIA Y LOS NIÑOS



Trauma es cualquier evento o serie de eventos que son experimentados o percividos que afecta el sentido de seguridad física o emocional y que tienen efectos adversos en la vida del individuo ya sea físico, social, emocional o espiritual.

“**Infantes, menores, pre escolares y niños pequeños que han experimentados un evento tragico posiblemente lo demuestren en su comportamiento. Ellos pudieran ser afectados por una crisis por lo que ven en la television o escuchan. Niños de todas las edades facilmente pueden percivir de sus padres u otros, miedos y ansiedades. Esto puede causar cambios en el comportamiento. Los niños, sin importar su edad. No siempre tienen las palabras para decirnos como se sienten. Ellos no saben como hablar de lo que ha pasado. Su comportamiento es su mejor señal. Cambios repentinos en el comportamiento puede significar que han estado expuestos a trauma o crisis.**”

-Centro Nacional de Salud y Bienestar del
Desarrollo Temprano

Este es un cuestionario básico diseñado para ayudar a los programas de educación temprana a identificar niños que tal vez están siendo afectados por la tensión tóxica/trauma o crisis que puedan necesitar una futura evaluación. Este cuestionario es intencionalmente para el uso de maestros, visitadores del hogar, proveedores de servicio familiar, y profesionales que apoyan a los niños pequeños y sus familias. El profesional del desarrollo temprano debería de incorporar el conocimiento de los padres que tienen sobre sus niños y completar esta forma colaborando con ellos.

Respuestas a estas preguntas proveerá al Coordinador o consultor de Salud Mental con idea de una posibilidad de señales o preocupaciones, que ayudara a nuestro programa a proveer servicios necesario para apoyar nuestros niños y sus familias.

NOMBRE DEL NIÑO/A

EDAD

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL

PROGRAMA DE VISITAS AL HOGAR

PADRE DE FAMILIA ENTREVISTADO/A

FECHA

MAESTRO (A)/VISITADORA

I. NIÑO/A

¿Que cambios, si los hay, ha observado en su hijo (a) en las últimas dos semanas?

1. HÁBITOS/PATRÓN DE SUEÑO

- Cambios en la hora de dormir
- Dormir menos Hora de la Siesta
- Dormir demasiado Pesadillas
- No querer dormir (Rechazar o luchar Contra el sueño)
- Otro Ninguno de los de arriba

Por favor explique:

2. HÁBITOS/PATRÓN DE ALIMENTACIÓN

- Horario Habitos de merienda
- Comer demasiado Comer menos
- Come cosas que no son comida (pintura, tierra, arcilla, etc)
- Cambios en las horas de comida (comportamientos, independencia)
- Otro Ninguno de los de arriba

Por favor explique:

3. HÁBITOS/PATRÓN DE USAR EL BAÑO

- Accidentes en el baño (Orinarse en la ropa)
- Estreñimiento Orinarse en la cama
- Diarrea Cambio de Pañales
- Otro Ninguno de los de arriba

Por favor explique:

4. HORARIO/RUTINA

- Resistir o tener dificultades con las transiciones
- No seguir las instrucciones o dificultades siguiendo instrucciones (necesidad de repetir)
- Necesitar ayuda adicional completando la rutina o actividad
- Cambios en habilidades de auto-ayuda previamente adquiridas (independencia, habilidades de cuidado personal)
- Otro Ninguno de los de arriba

Por favor explique:

5. COMPORTAMIENTO Y EMOCIONES INUSUALES/ INESPERADAS/NO DESEADAS

(Debe de ser mas de lo usual para el niño (a))

- Pataletas más frecuentes
- Rehusarse a ser tranquilizado(a)
- Llorar o quejarse sin razón aparente
- Agresivo Involucrarse en peleas con hermanos o otros
- Dificil de ser confortado (toma mas tiempo que usualmente)
- Retirado/ desconectado (Ej: se ve aburrido)
- Aferrarse a los padres/ cuidadora, (ansiedad de separacion)
- Dificultades de relajarse
- Perder habilidades previamente adquiridos
- Facilmente molesto o irritado
- Otro Ninguno de los de arriba

Por favor explique:

Para infantes:

- Mas irritado que usualmente
- Querer estar cargado(a) y abrazado(a) mas

Por favor explique:

6. HÁBITOS DE JUEGO

- Aislarse socialmente (querer estar solo/a mas de lo usual) y separado
- Juego agresivo o actividad destructiva (ej: tirar y quebrar juguetes)
- Agresivo(enojado, rabioso, temperamento excesivo)
- Otro Ninguno de los de arriba

Por favor explique:

7. ¿SU HIJO (A) TIENE ALGUNA NUEVA CONDICION MEDICA O ALERGIAS? ALGUNA DE ESTAS CONDICIONES DE SALUD EMPEORO?

(Asma, problemas respiratorios, problemas digestivos, etc),

- Sí No No es applicable

Por favor explique:

8. HA OBSERVADO ALGÚN OTRO CAMBIO QUE NO SE MENCIONE ARRIBA?

- Sí No

Por favor explique:

II. PADRES

9. COMO ESTA USTED LIDIANDO CON ESTA NUEVA/UNICA SITUACION?

(Como le esta afectando)

Por favor explique:

10.QUE CAMBIOS HA NOTADO USTED EN SU PROPIO COMPORTAMIENTO DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS?

(por ejemplo: dormir, comer, estado animico etc relacionado)

Por favor explique:

11. ESTA ENCONTRANDO QUE TIENE TIEMPO PARA USTED?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercitandose | <input type="checkbox"/> Socializar |
| <input type="checkbox"/> Comiendo Saludable | <input type="checkbox"/> Durmiendo lo adecuado |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno de los de arriba |

Por favor explique:

12.¿HA VIVIDO ALGUNA EXPERIENCIA TRAUMÁTICA RECIENTEMENTE?

(muerte, enfermedad severa, violencia, falta de necesidades básicas...)

- Sí No

Por favor explique:

13. SI ESTAS AMAMANTANDO, TIENE ALGUNA PREOCUPACION O PREGUNTA?

- Sí No No es applicable

14.¿LE GUSTARÍA HABLAR CON NUESTRO COORDINADOR (A)/CONSULTOR (A) DE SALUD MENTAL?

- Sí No

Por favor explique:

De no ser así, ¿Con quién cuenta usted para apoyo?

¿Cuál sería la mejor forma de apoyarle en este momento?

GRACIAS!