

City Birth Trauma Scale - Español

Este cuestionario valora su experiencia durante el nacimiento de su bebé más reciente. Se pregunta sobre los eventos traumáticos durante (o inmediatamente después) del parto y si está experimentando síntomas que sufren algunas mujeres tras el parto. Por favor, marque las respuestas más cercanas a su experiencia.

¿En qué fecha nació su bebé? _____

Durante el parto, el nacimiento del bebé e inmediatamente después:		
¿Pensaste que usted o su bebé podrían sufrir lesiones graves?	Sí	No
¿Pensaste que usted o su bebé podrían morir?	Sí	No
¿Sentiste algunas emociones negativas intensas (p.ej., miedo, impotencia, terror)?	Sí	No

Los siguientes enunciados piden información acerca de síntomas que son específicos del parto o síntomas generales. Por favor, indique la frecuencia con la que ha experimentado los siguientes síntomas en la última semana:

Síntomas en el parto*	NUNCA	UNA VEZ	2 - 4 VECES	5 O MÁS VECES
Recuerdos no deseados del parto (o partes del parto) que se repiten y que no puede controlar				
Sueños malos o pesadillas sobre el parto (o relacionados con el parto)				
Flashbacks del parto y/o reexperimentación de la experiencia				
Me altero al recordar el parto				
Siento tensión o ansiedad al recordar el parto				
Intento evitar pensar en el parto				
Evito cosas que me recuerdan al parto (por ejemplo, personas, lugares, programas de TV)				
No soy capaz de recordar detalles sobre el parto				
Me culpo a mí misma o a otros por lo que ocurrió durante el parto				
Siento fuertes emociones negativas relacionadas con el parto (por ejemplo, miedo, enfado, vergüenza)				

* Aunque estas preguntas se refieren al parto, muchas mujeres tienen síntomas sobre acontecimientos que ocurrieron justo antes o después del parto. Si este es su caso, y los acontecimientos estaban relacionados con el embarazo, el parto o el bebé, por favor, responda a estos enunciados de acuerdo con estos acontecimientos.

Síntomas generales	NUNCA	UNA VEZ	2 - 4 VECES	5 O MÁS VECES
Tengo sentimientos negativos sobre mí misma o pienso que algo horrible va a pasar				
Pérdida del interés en actividades que eran importantes para mí				
Sentimiento de distanciamiento a otras personas				
Incapacidad de sentir emociones positivas (p.ej., alegría, entusiasmo)				
Sentimiento de irritabilidad o agresividad				
Tengo pensamientos de hacerme daño				
Sensación de tensión o nerviosismo				
Sentirse asustadiza o sobresaltarse con facilidad				
Problemas de concentración				
No dormir bien pero por cuestiones que no tienen relación con el patrón de sueño del bebé				
Sensación de indiferencia o de como si se encontrara en un sueño				
Sentir que las cosas están distorsionadas o no son reales				
Sentirse insensible emocionalmente (p.ej., sentimientos de tristeza pero no poder llorar, incapacidad de tener sentimientos de amor)				

Para los síntomas relacionados con el parto y los síntomas generales, por favor, responda lo siguiente:

¿Cuándo comenzaron estos síntomas?	
Antes del parto	
En los primeros 6 meses después del parto	
Tras 6 meses después del parto	
No aplicable (no tengo síntomas)	

¿Cuánto tiempo han durado estos síntomas?	
Menos de 1 mes	
De 1 a 3 meses	
3 meses o más	
No aplicable (no tengo síntomas)	

¿Estos síntomas le causan mucho sufrimiento?	Sí	No	Algunas veces
¿Le impiden hacer cosas que suele hacer (p.ej., sociabilizar, actividades diarias)?	Sí	No	Algunas veces
¿Podría cualquiera de estos síntomas deberse a medicación, alcohol, drogas o enfermedad física?	Sí	No	Quizás

Gracias por completar este cuestionario