

Análisis de traumatismo en niños y adolescentes (CATS) de niños de 7 a 17 años

Nombre _____ Fecha _____

A muchas personas les suceden eventos que los estresa o asusta. Presentamos a continuación una lista de los eventos que suceden a veces y que las estresa o asusta. Marque SÍ si le sucedió a usted. Marque No si no le sucedió a usted.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos o incendios. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Accidente o lesión graves, como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Fue objeto de robo mediante amenazas, fuerza o un arma. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes en la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes por alguien ajeno a la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Vio que alguien en la familia recibió bofetadas, puñetazos o golpes. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Vio que alguien de la comunidad recibió bofetadas, puñetazos. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Una persona de mayor edad tocó sus partes privadas cuando no debía hacerlo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Una persona le forzó o presionó a tener relaciones cuando el niño/niña no pudo decir que no. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Una persona cercana al niño falleció repentinamente o violentamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Fue objeto de ataques, puñaladas, disparos o lesiones graves. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Vio que una persona fue objeto de ataques, puñaladas, disparos, lesiones graves o que mataron a una persona. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Procedimiento médico que le produjo estrés o miedo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estuvo en un lugar que estaba en guerra. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Sufrió otros eventos que lo estresaron o asustaron?
Descríbalos: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Cuál de estos eventos es el que más le perturba? _____

Si marcó eventos que le estresaron o asustaron, pase de página y responda las preguntas siguientes

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes le han perturbado en las últimas dos semanas:

0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tiene pensamientos o imágenes perturbadores acerca de lo que sucedió que surgen en su mente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Tiene pesadillas que le recuerdan lo que sucedió. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Siente como si lo que sucedió sucede otra vez. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se siente muy molesto cuando se le recuerda sobre lo que sucedió. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Tiene sentimientos fuertes en el cuerpo cuando se le recuerda lo que sucedió (sudoración, palpitaciones, malestar estomacal). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Trate de no pensar en lo que sucedió. O no tiene sentimientos respecto de lo que sucedió. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Permanece alejado de las personas, lugares cosas o situaciones que le recuerdan lo que sucedió. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. No puede recordar parte de lo que sucedió. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Tiene pensamientos negativos acerca de usted u otras personas. Tiene pensamientos como "No tengo una buena vida", "No se puede confiar en nadie", "Todo el mundo es inseguro". | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Se culpa por lo que sucedió. O culpa a otra persona que no tiene la culpa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tiene sentimientos negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza) con mucha frecuencia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. No desea hacer cosas que solía hacer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. No se siente cercano a las personas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No puede tener sentimientos buenos o felices. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Se siente furioso. Tiene arranques de furia y se desquita con otras personas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Hace cosas que no son seguras. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Está excesivamente cuidadoso (controla quiénes están cerca). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Está nervioso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Tiene problemas para prestar atención. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total _____ Clinical = 15+

Marque SÍ o NO si los problemas que marcó interfirieron con las situaciones siguientes:

- | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Llevarse bien con otras personas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 4. Relaciones familiares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Pasatiempos/diversión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | 5. Felicidad general | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Escuela o trabajo | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | | | |