

## 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?<br>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 |                          |                             |                             |