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.	☐ Sí	☐ No
2. Accidente o lesión graves, como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión deportiva.	☐ Sí	☐ No
3. Fue objeto de robo mediante amenazas, fuerza o un arma.	☐ Sí	☐ No
4. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes en su familia.	☐ Sí	☐ No
5. Recibió bofetadas, puñetazos o golpes por alguien ajeno a su familia.	☐ Sí	☐ No
6. Vio que alguien de su familia recibió bofetadas, puñetazos o golpes.	☐ Sí	☐ No
7. Vio que alguien de la comunidad recibió bofetadas, puñetazos o golpes.	☐ Sí	☐ No
8. Una persona de mayor edad tocó sus partes privadas cuando no debía.	☐ Sí	☐ No
9. Una persona le forzó o presionó a tener relaciones o cuando usted no pudo decir que no.	☐ Sí	☐ No
10. Una persona cercana falleció repentinamente o violentamente.	☐ Sí	☐ No
11. Fue objeto de ataques, puñaladas, disparos o lesiones graves.	☐ Sí	☐ No
12. Vio que una persona fue objeto de ataques, puñaladas, disparos, lesiones graves o que mataron a una persona.	☐ Sí	☐ No
13. Procedimiento médico que le produjo estrés o miedo.	☐ Sí	☐ No
14. Estuvo en un lugar que estaba en guerra.	☐ Sí	☐ No
15. ¿Sufrió otros eventos que lo estresaron o asustaron? Descríbalos: _____	☐ Sí	☐ 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.	Trata 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

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

1. Llevarse bien con otras personas	☐ Sí	☐ No	4. Relaciones familiares	☐ Sí	☐ No
2. Pasatiempos/diversión	☐ Sí	☐ No	5. Felicidad general	☐ Sí	☐ No
3. Escuela o trabajo	☐ Sí	☐ No			