

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

Nombre _____ Fecha _____

Muchas personas pasan por eventos estresantes o de miedo. A continuación hay una lista de eventos estresantes o de miedo que a veces suceden. Marca SÍ se te ha sucedido. Marca NO si no te ha sucedido.

1. Desastre natural grave, como una inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio. Sí No
2. Accidente o lesión grave, como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión deportiva. Sí No
3. Has sido víctima de robo mediante amenazas, fuerza o un Sí No
4. Has recibido bofetadas, puñetazos o golpes en tu familia. Sí No
5. Has recibido bofetadas, puñetazos o golpes por alguien ajeno a la familia. Sí No
6. Has visto a alguien de tu familia recibir bofetadas, puñetazos o golpes. Sí No
7. Has visto a alguien de la comunidad recibir bofetadas, puñetazos. Sí No
8. Alguien mayor tocó tus partes privadas cuando no debía hacerlo. Sí No
9. Alguien te forzó o presionó a tener sexo, o tuvo sexo cuando no podías decir que no. Sí No
10. Alguien cercana a ti falleció repentinamente o violentamente. Sí No
11. Has sido objeto de ataques, puñaladas, disparos o lesiones graves. Sí No
12. Has visto a alguien ser objeto de ataques, puñaladas, disparos, lesiones graves o que la mataran. Sí No
13. Procedimiento médico que te produjo estrés o miedo. Sí No
14. Has estado en un lugar en guerra. Sí No
15. ¿Has sufrido otro evento estresante o de miedo? Sí No
 Descríbelo: _____

¿Cuál de estos eventos es el que más te molesta? _____

Si has marcado algún evento estresante o de miedo, pasa de página y responde las preguntas siguientes.

Marca 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes te han molestado en las últimas dos semanas:

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

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Pensamientos o imágenes perturbadores acerca de lo que sucedió que surgen en tu mente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Pesadillas que te recuerdan lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Sensación de que se repite nuevamente lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Te sientes muy molesto cuando te recuerdan lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Sentimientos fuertes en tu cuerpo cuando te recuerdan lo sucedido (sudoración, palpitaciones, malestar estomacal). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Intentas no pensar en lo sucedido. O no tienes ningún sentimiento respecto a lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Permaneces alejado de las personas, lugares, cosas o situaciones que te recuerdan lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. No puedes recordar parte de lo sucedido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos negativos sobre ti mismo u otras personas. Tienes pensamientos como “No tendré una buena vida”, “No se puede confiar en nadie”, “Todo el mundo es inseguro”. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Te culpas por lo sucedido. O culpas a otra persona que no tiene la culpa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tienes sentimientos negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza) con mucha frecuencia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. No deseas hacer cosas que solías hacer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. No te sientes cercano a las personas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No puedes tener sentimientos buenos o felices. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Te sientes furioso. Tienes arranques de furia y te desquitas con otras personas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Haces cosas que no son seguras. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estás excesivamente cuidadoso (controlas quiénes están cerca). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Estás nervioso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Tienes problemas para prestar atención. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tienes problemas para dormirte o mantenerte dormido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total _____ Clinical = 15+

Marca SÍ o NO si los problemas que has marcado 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 | | | |