

Análisis de traumatismo en niños y adolescentes para cuidadores (CATS-C) de niños de 7 a 17 años

Nombre _____

Fecha _____

A muchos niños les suceden eventos que los estresa o asusta. Presentamos a continuación una lista de los eventos que suceden a veces y que los estresa o asusta. A su leal entender, marque SÍ si el evento le sucedió al niño. Marque No si no le sucedió al niño.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 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? Describalos: _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

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

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes han perturbado al niño en las últimas dos semanas. Responda lo mejor que pueda:

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

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | Tiene pensamientos o imágenes molestos sobre un evento estresante. O vuelve a representar un evento estresante durante el juego. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Tiene pesadillas sobre un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Actúa, juega o siente como si un evento estresante estuviera sucediendo ahora. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Se siente muy molesto desde el punto de vista emocional cuando se le recuerda sobre un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Tiene reacciones físicas fuertes cuando se le recuerda sobre un evento estresante (sudoración, palpitaciones). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Intenta no recordar, hablar ni tener sentimientos acerca de un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Evita las actividades, personas, lugares o cosas que recuerden un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | No puede recordar una parte importante de un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Tiene cambios negativos en la manera en que piensa sobre sí mismo, otras personas o el mundo tras el evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Piensa que el evento estresante sucedió porque él/ella u otra persona hicieron algo que no correspondía o no hicieron lo suficiente para detenerlo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Tiene estados emocionales muy negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Pierde el interés en las actividades que disfrutaba antes del evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Se siente distante o apartado de las personas de su entorno. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | No demuestra sentimientos positivos (estar feliz, tener sentimientos afectuosos). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Está irritable. O tiene arrebatos de enojo sin un buen motivo y se desquita con otras personas o cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Tiene comportamiento arriesgado o que podría causar daños. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Está demasiado alerta o en guardia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Está nervioso o se asusta con facilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Tiene problemas de concentración. | 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 | <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 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | | | |