

## 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?<br>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 |                          |                             |                             |