

Cuestionario de Evaluación de Trauma en Adolescentes (CATS) – Reporte Juvenil

Nombre: _____

Fecha: _____

A muchas personas les ocurren eventos estresantes o aterradores. A continuación hay una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces suceden. Marque **SÍ** si le pasó a usted. Marque **NO** si no le sucedió.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos, o incendios. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Un accidente o lesión de gravedad como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión de deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Amenazado, golpeado o herido gravemente dentro de la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Amenazado, golpeado o herido gravemente en la escuela o comunidad. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Atacado, apuñalado, disparado o robo con amenaza. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ver a alguien en la familia ser amenazado, golpeado o herido gravemente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Ver a alguien en la escuela o la comunidad ser amenazado, golpeado o herido gravemente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Alguien le hace cosas sexuales a usted o le hace que haga cosas sexuales a ellos cuando no pudo decir no. O cuándo fue forzado o presionado. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Alguien en línea o redes sociales que le esté preguntando o presionando a hacer algo sexual. Como tomar o mandar fotografías. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Alguien acosándole en persona. Diciendo cosas muy malas que asustan. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Alguien acosándole en línea. Diciendo cosas muy malas que le asustan. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Alguien cercano a usted que muere de repente o violentamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Un procedimiento que le produjo estrés o miedo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estar en un lugar en guerra. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Otro evento que le estreso o asusto? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Describalo: _____

Dé vuelta a la página y conteste las siguientes preguntas acerca de todos los eventos que asustaron o estresantes que le ocurrieron a usted.

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las siguientes situaciones han perturbado a usted 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 perturbadoras acerca de los que sucedió que le viene a 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 está pasando 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 al respecto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Permanece alejado de las personas, lugares, cosas o situaciones que le recuerdan lo sucedido. | 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 sucedido 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 antes 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. Es demasiado cuidadoso o está en guardia (verificando quien está a su alrededor). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Se sobresalta. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Tiene problemas prestando atención. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tiene problemas para dormirse o manteniéndose dormido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

CATS 7-17 Puntaje de años <15	CATS 7-17 Puntaje de años 15-20	CATS 7-17 Puntaje de años 21+
Normal. Clínicamente no elevado.	Angustia moderada relacionada con el trauma.	Probable PTSD.

Marque SÍ o NO si los problemas que marco interfirieron con:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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/diversion. | <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"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | |