

## Cuestionario de Trauma en Niños y Adolescentes (CATS) – Reporte del Cuidador (Edades de 7-17 años)

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nombre del cuidador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A muchos niños 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 al niño a su mejor entender. 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. 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 |
| 8. Alguien le hace cosas sexuales al niño o hace que el niño haga cosas sexuales a ellos cuando él/ella no pudieron decir no. O cuándo el niño fue forzado o presionado. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Alguien en línea o redes sociales que este preguntando o presionando al niño hacer algo sexual. Como tomar o mandar fotografías.                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Alguien acosando al niño en persona. Diciendo cosas muy malas que asustan a él/ella.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Alguien acosando al niño en línea. Diciendo cosas muy malas que asustan a él/ella.   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Alguien cercano al niño 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 |

Descríbalo: \_\_\_\_\_

**De vuelta a la página y conteste las siguientes preguntas acerca de todos los eventos que asustaron o estresantes que le ocurrieron al niño.**

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las siguientes situaciones han perturbado al niño 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 molestos sobre un evento estresante. O vuelve a representar un evento estresante durante el juego.	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 emocionalmente 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. Trata de no recordar, hablar acerca o tener sentimientos acerca del evento estresante.	0	1	2 3
7. Evita actividades, personas, lugares o cosas que son un recordatorio del evento estresante.	0	1	2 3
8. No puede recordar una parte importante del evento estresante.	0	1	2 3
9. Tiene cambio negativos en los pensamientos personales de él/ella, otros o del mundo después del evento estresante.	0	1	2 3
10. Piensa que el evento estresante sucedió porque él/ella o alguien más hizo algo mal o no hizo lo suficiente para detenerlo.	0	1	2 3
11. Tiene estados emocionales muy negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza).	0	1	2 3
12. Ha perdido el interés en actividades que él/ella disfrutaba con anterioridad al evento estresante. Incluyendo el no jugar mucho.	0	1	2 3
13. Sentirse distante o aislado de gente alrededor de él/ella.	0	1	2 3
14. No mostrar o reducción en los sentimientos positivos (ser feliz, tener sentimientos amorosos).	0	1	2 3
15. Estar irritado o tener arrebatos de enojo sin una buena razón o tomarla en contra de otras personas.	0	1	2 3
16. Conducta riesgosa que podría ser perjudicial.	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 manteniéndose dormido.	0	1	2 3

<b>CATS 7-17 Puntaje de años &lt;15</b>	<b>CATS 7-17 Puntaje de años 15-20</b>	<b>CATS 7-17 Puntaje de años 21+</b>
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 |                           |                             |                             |



# Cuestionario de la Vida Familiar



NOMBRE DEL NIÑO/A: \_\_\_\_\_ LA FECHA DE HOY: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. ¿Que relación tiene usted con el niño/a que va a estar en tratamiento? \_\_\_\_\_  
(ej. madre, padre, tía, padre/madre foster, padres adoptivos).
  
2. Por favor escoja la mejor respuesta que indique el estado de su relación con el niño/a.
  - El niño/a siempre ha vivido conmigo
  - El niño/a ha vivido conmigo desde \_\_\_\_\_(fecha)
  - Tengo custodia parcial: \_\_\_\_\_ días por semana
  - Este niño/a ha vivido conmigo desde (fecha) \_\_\_\_\_ pero lo separaron de mi desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_(fechas)
  - Me permiten visitarlo \_\_\_\_\_ horas a la semana
  
3. ¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_
  
4. ¿Con que grupo étnico se identifica Ud. mejor?
  - Afro-Americano
  - Asiático-Americano
  - Blanco/No-Latino
  - Hispano/Latino
  - Americano Nativo
  - De las Islas Pacíficas
  - Otro \_\_\_\_\_
  
5. ¿Cuál es su estado matrimonial actual? (Por favor marque uno solamente)
  - Soltero/a
  - Casado/a
  - Conviviente
  - Separado
  - Divorciado
  - Viudo/a
  
6. ¿Cuántos años de escuela ha terminado? \_\_\_\_\_
  
7. ¿Cuál es su trabajo en el presente (por favor marque uno solamente)?
  - padre/madre foster por tiempo completo
  - empleado \_\_\_\_\_ horas a la semana (que clase de trabajo hace Ud.? \_\_\_\_\_)
  - desempleado, buscando trabajo
  - desempleado y no está buscando trabajo
  - estudiante
  - ama de casa
  - deshabilitado
  - jubilado
  - otro, especifique \_\_\_\_\_
  
9. ¿Cuál es su ingreso familiar anual? (por favor marque uno solamente)
  - Menos de 15,000
  - De 15,000 a 30,000
  - De 30,000 a 45,000
  - Más de 45,000

**Nos gustaría saber un poco sobre las personas en su hogar.**

**POR FAVOR LISTE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR  
(DEL MAS JOVEN HASTA EL MAYOR)**

<b>Nombre</b>	<b>Sexo</b> (M/ F)	<b>Edad</b>	<b>Qué relación tiene con Ud.</b> (ej. su hijo, hijo de su conviviente, hijo/hija foster, niño/a adoptado, esposo/a, pareja/conviviente, pariente, amigo)	<b>¿Problemas de comportamiento?</b>  (sí/no)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				