

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

ESTRÉS, TRAUMA, Y EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE

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

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.

Evento	Si	No
1. Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos, o incendios.		
2. Un accidente o lesión de gravedad como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión de deportiva.		
3. Amenazado, golpeado o herido gravemente dentro de la familia.		
4. Amenazado, golpeado o herido gravemente en la escuela o comunidad.		
5. Atacado, apuñalado, disparado o robo con amenaza.		
6. Ver a alguien en la familia ser amenazado, golpeado o herido gravemente.		
7. Ver a alguien en la escuela o la comunidad ser amenazado, golpeado o herido gravemente.		
8. 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.		
9. Alguien en línea o redes sociales que le esté preguntando o presionando a hacer algo sexual. Como tomar o mandar fotografías.		
10. Alguien acosándole en persona. Diciendo cosas muy malas que asustan.		
11. Alguien acosándole en línea. Diciendo cosas muy malas que le asustan.		
12. Alguien cercano a usted que muere de repente o violentamente.		
13. Un procedimiento médico que le produjo estrés o miedo.		
14. Estar en un lugar en guerra.		
15. ¿Otro evento que le estresó o asustó? Descríbalo: _____		

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

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las siguientes situaciones lo han perturbado a usted en las últimas dos semanas:

Durante las últimas dos semanas, con cuanta frecuencia se molestó por:	Nunca	De vez en cuando	La mitad del tiempo	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

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

Durante las últimas dos semanas, con cuanta frecuencia se molestó por:	Nunca	De vez en cuando	La mitad del tiempo	Casi siempre
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

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

¿Los problemas descritos en las preguntas anteriores interfieren con estos aspectos de su vida?	Si	No
1. Llevarse bien con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pasatiempos/diversión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Escuela o trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Relaciones familiares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Felicidad general.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>