

## Cuestionario Historial de Trauma

Spanish version will be included as appendix in article by  
Heilemann, Lee, & Kury

Ha continuación hay una serie de preguntas sobre eventos traumáticos de la vida. Estos tipos de eventos le ocurren regularmente a personas en la vida cotidiana aunque tratamos de creer que es rara la vez que suceden. La experiencia de un evento serio o traumático la manera en que una persona le afecta, siente, piensa, y reacciona a otras cosas ahora o en el futuro.

Su participación en este estudio de investigación nos ayudará a conocer más sobre las ocurrencias de dichos eventos y las reacciones de las personas. Esto nos ayudará a desarrollar programas para la prevención, educación, y otros servicios.

El cuestionario se divide en preguntas que abarcan las experiencias de crimen, experiencias de desastre general, trauma, y experiencias físicas y sexuales. **Por cada evento, por favor indique (marque con un "X") si le sucedió, por favor anote el número de veces que le sucedió y su edad aproximada en que le sucedió** (más o menos cuantas veces y a qué edad).

### Estos Preguntas están relacionados con el crimen:

1. ¿Ha tratado alguien de quitarle algo usando la fuerza, o asaltándola?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

2. Alguna vez, ¿Alguien a atentado robarla o la ha robado (ejem. robado sus cosas personales?)

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

Green/GUMC

3. ¿Alguien ha tratado de entrar o ha logrado entrar en su casa cuando no estaba allí?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

4. ¿Alguien ha tratado de entrar o ha logrado entrar en su casa cuando estaba allí?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

**Estos Preguntas están relacionados con el Trauma y Desastre General:**

5. ¿Ha tenido un accidente serio en su trabajo, en un carro o en cualquier otra parte?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

6. ¿Ha estado en un desastre natural tal como un tornado, huracán, inundación, o un terremoto fuerte, etc., en donde Usted o sus seres queridos estaban en peligro de muerte o de haber sido lesionados?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

7. ¿Ha estado en un desastre "hecho por el hombre" tal como un choque de tren, un colapso de un edificio, un asalto o un robo de un banco, incendio, etc., donde Usted sintió que Usted o sus seres queridos estaban en peligro de muerte o de haber sido lesionados?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha estado expuesto a químicos peligrosos o radioactividad que puede poner en peligro su salud?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

Green/GUMC

9. ¿Ha estado en cualquier otra situación en la cual salió seriamente lesionada?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

10. ¿Ha estado en cualquier otra situación en donde temió haber sido matada o seriamente lesionada?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

11. ¿Ha visto alguna vez a alguien seriamente lesionado o matado?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

12. ¿Alguna vez ha visto cadáveres (con excepción en un funeral) o ha tenido que atender cadáveres por cual quier razón?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

13. ¿Ha tenido a un amigo cercano o algún miembro de su familia asesinado o matado por un conductor ebrio?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

14. ¿Ha tenido que pasar por la muerte de su esposo, su pareja, o su hijo?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

15. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o que ha amenazado su vida?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

16. Alguna vez, ¿ha recibido noticias de que alguien cerca de Usted tiene una lesión seria o una enfermedad grave o muerte repentina?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

17. Alguna vez, ¿ha tenido que estar en combate en el servicio militar, en una zona de guerra oficial o no oficial?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

**Estos Preguntas están relacionados con Experiencias Físicas y Sexuales**

18. ¿Alguien la ha obligado a tener relaciones íntimas, sexo oral o anal, contra su voluntad?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto años tenía la primera vez que le pasó esto? \_\_\_\_\_

19. ¿Alguien le ha tocado sus partes privada de su cuerpo, o le ha hecho tocar las partes privadas de ellos a la fuerza o bajo amenaza?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto años tenía la primera vez que le pasó esto? \_\_\_\_\_

20. Aparte de los incidentes mencionados en las preguntas 18 y 19, ¿ha habido algunas otras situaciones en que otra persona trató de forzarla a tener contacto sexual que no deseaba?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto años tenía la primera vez que le pasó esto? \_\_\_\_\_

**Estos Preguntas están relacionados con Otros Eventos**

21. ¿Ha tratado alguien, incluyendo miembros de la familia o amigos, de atacarla con una pistola, cuchillo o alguna otra arma?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

22. ¿Ha tratado alguien, incluyendo miembros de la familia o amigos, de atacarla sin una pistola, cuchillo o alguna otra arma?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

23. ¿Alguien en su familia la ha golpeado, "nalgueado" o aventado fuerte para causarle una lesión?

No  Sí

Si, Sí, por favor, ¿cuántos veces le sucedió? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

24. ¿Ha pasado por alguna otra situación muy estresante o un evento que no se mencionó arriba?

Si la respuesta es Sí, por favor de especificar: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

25. ¿Hay algo más que quisiera decirme en este momento? \_\_\_\_\_

---

---