

Prueba de cribaje sobre estrés traumático en niños/as y adolescentes - Cuidadores (CATS-C)- 7- 17 años

Nombre _____

Fecha _____

Muchos niños/niñas/adolescentes sufren eventos estresantes o aterradores. A continuación, encontrará una lista de eventos estresantes que a veces ocurren. Marque SÍ, si sabe si le han ocurrido al niño/niña/adolescente. Marque NO, si no le han ocurrido al niño/niña/adolescente.

1. Grave desastre natural como una inundación, un tornado, un huracán, un terremoto o un incendio. Sí No
2. Accidente grave o lesión por accidente de tráfico/bicicleta, mordedura de perro, lesión deportiva. Sí No
3. Robo con amenaza, forcejeo o con armas. Sí No
4. Ser abofeteado/a, golpeado/a o apaleado/a por alguien de su familia. Sí No
5. Ser abofeteado/a, golpeado/a o apaleado/a por alguien de fuera de su familia. Sí No
6. Ver a alguien de su familia siendo abofeteado/a, golpeado/a o dándole una paliza. Sí No
7. Ver a alguien de su comunidad siendo abofeteado/a, golpeado/a o dándole una paliza. Sí No
8. Alguien mayor le ha tocado sus partes íntimas cuando no debería. Sí No
9. Alguien le ha forzado o presionado para tener sexo cuando él/ella no pudo decir que no. Sí No
10. Alguien cercano al niño/niña o adolescente ha muerto repentinamente o de forma violenta. Sí No
11. Ser atacado/a, apuñalado/a, disparado/a o gravemente herido/a. Sí No
12. Ver a alguien siendo atacado/a, apuñalado/a, disparado/a, gravemente herido/a o asesinado/a. Sí No
13. Tratamiento médico que le produjo estrés o miedo. Sí No
14. Estar en algún lugar en guerra. Sí No
15. ¿Otro evento estresante o traumático?
 Descríbalo Sí No

¿Cuál de los eventos anteriores es el que más le perturba al niño/a o adolescente en este momento? _____

Si marcó alguno de los eventos traumáticos o estresantes, pase de página y responda las siguientes preguntas. Si no marcó ningún evento, ha terminado.

Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes han perturbado al niño/niña o adolescente en las últimas dos semanas.

0=Nunca / 1= De vez en cuando / 2 =Frecuentemente / 3 =Casi siempre

1.	Tener pensamientos o imágenes molestas sobre un evento estresante o reconstruir el evento estresante durante el juego.	0	1	2	3
2.	Tener pesadillas relacionadas con un evento estresante.	0	1	2	3
3.	Actuar, jugar o sentir como si un evento estresante estuviera ocurriendo en este momento.	0	1	2	3
4.	Sentirse muy triste cuando recuerda un evento estresante.	0	1	2	3
5.	Reacciones físicas fuertes cuando recuerda un evento estresante (sudoración, palpitaciones).	0	1	2	3
6.	Intentar no recordar, pensar o no tener sentimientos sobre un evento traumático.	0	1	2	3
7.	Evitar todo lo que le recuerda a una experiencia traumática (actividades, personas, lugares, objetos, conversaciones).	0	1	2	3
8.	No poder recordar una parte importante de un evento estresante.	0	1	2	3
9.	Cambios negativos en la percepción de sí mismo/a, hacia otros o el mundo tras un evento estresante.	0	1	2	3
10.	Pensar que un evento estresante ocurrió porque él/ella o alguien hizo algo mal o no hizo lo suficiente para pararlo.	0	1	2	3
11.	Tener estados emocionales muy negativos (miedo, enfado, culpa, vergüenza).	0	1	2	3
12.	Perder el interés en actividades que a él/ella le encantaban antes de un evento estresante.	0	1	2	3
13.	Sentirse distante o aislado/a de las personas que le rodean.	0	1	2	3
14.	No mostrar sentimientos positivos (estar feliz, tener sentimientos amorosos).	0	1	2	3
15.	Estar irritable, tener ataques de ira sin una buena razón y hacia otras personas u objetos.	0	1	2	3
16.	Comportamiento arriesgado o conductas que puedan perjudicarlo.	0	1	2	3
17.	Estar excesivamente alerta o en guardia	0	1	2	3
18.	Estar nervioso/a o sobresaltarse fácilmente.	0	1	2	3
19.	Problemas de concentración.	0	1	2	3
20.	Dificultades para conciliar el sueño o mantenerse dormido/a.	0	1	2	3

Por favor, marque SÍ o NO si los problemas que ha marcado interfieren en:

- | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|
| 1. Llevarse bien con los demás. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 4. Relaciones familiares. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Aficiones/ 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |