

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

Nombre _____

Fecha _____

Muchas personas sufren eventos estresantes o aterradores. A continuación, encontrarás una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces ocurren. Marca SÍ, si te ha ocurrido. Marca NO, si no te ha ocurrido.

- | | |
|---|---|
| 1. Grave desastre natural como una inundación, un tornado, un huracán, un terremoto o un incendio. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Accidente grave o lesión por accidente de tráfico/bicicleta, mordedura de perro, lesión deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Robo con amenaza, forcejeo o con armas. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Ser abofeteado/a, golpeado/a o apaleado/a por alguien de tu familia. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Ser abofeteado/a, golpeado/a o apaleado/a por alguien de fuera de tu familia. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ver a alguien de tu familia siendo abofeteado/a, golpeado/a o dándole una paliza. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. Ver a alguien de tu comunidad siendo abofeteado/a, golpeado/a o dándole una paliza. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. Alguien mayor que tú te ha tocado tus partes íntimas cuando no debería. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. Alguien te ha forzado o presionado para tener sexo cuando no pudiste decir que no. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. Alguien cercano a ti ha muerto repentinamente o de forma violenta. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. Ser atacado/a, apuñalado/a, disparado/a o gravemente herido/a. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. Ver a alguien siendo atacado/a, apuñalado/a, disparado/a, gravemente herido/a o asesinado/a. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. Tratamiento médico que te produjo estrés o miedo. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estar en algún lugar en guerra. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Otro evento estresante o traumático?
Descríbelo: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Cuál de los eventos anteriores es el que más te molesta en este momento? _____

Si has marcado alguno de los eventos traumáticos o aterradores, pasa de página y responde las siguientes preguntas. Si no marcó ningún evento, has terminado.

Marca 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las siguientes situaciones te han molestado en las últimas dos semanas:

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

1.	Pensamientos molestos o imágenes sobre lo que ocurrió que irrumpen en tu cabeza.	0	1	2	3
2.	Tener pesadillas que te recuerdan lo que pasó.	0	1	2	3
3.	Sentir como si lo que ocurrió estuviera ocurriendo otra vez.	0	1	2	3
4.	Sentirte muy afectado/a cuando recuerdas lo que ocurrió.	0	1	2	3
5.	Fuertes sensaciones corporales cuando recuerdas lo que ocurrió (sudoración, latidos rápidos, molestia estomacal).	0	1	2	3
6.	Intentar no pensar sobre lo que ocurrió o no tener sentimientos sobre ello.	0	1	2	3
7.	Mantenerte lejos de cualquier cosa que te recuerde lo que ocurrió (personas, lugares, objetos, situaciones, conversaciones).	0	1	2	3
8.	No poder recordar parte de lo que ocurrió.	0	1	2	3
9.	Pensamientos negativos sobre ti mismo/a u otros. Pensamientos como que no tendré una buena vida, no se puede confiar en nadie, el mundo entero es peligroso.	0	1	2	3
10.	Culparte por lo que ocurrió o culpar a alguien más cuando no es su culpa.	0	1	2	3
11.	Sentimientos negativos (miedo, enfado, culpa, vergüenza) la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3
12.	No querer hacer las cosas que solías hacer.	0	1	2	3
13.	No sentirte cercano/a a la gente.	0	1	2	3
14.	Sentirte incapaz de tener sentimientos positivos o de felicidad.	0	1	2	3
15.	Sentirte enfadado/a. Tener ataques de ira y pagarlo con otros.	0	1	2	3
16.	Hacer cosas arriesgadas.	0	1	2	3
17.	Estar excesivamente cauto/a (comprobar quién está alrededor).	0	1	2	3
18.	Estar nervioso/a.	0	1	2	3
19.	Problemas para mantener la atención.	0	1	2	3
20.	Dificultades para conciliar el sueño o mantenerte dormido/a.	0	1	2	3

Por favor, marca SÍ o NO si los problemas que has señalado interfieren en:

- | | | | |
|---------------------------------|---|---------------------------|---|
| 1. Llevarte 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 o trabajo. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |