

PRUEBA DE CRIBAJE SOBRE ESTRÉS TRAUMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (CATS)

PUNTUACIÓN

Nombre del niño/a o adolescente _____

Fecha de evaluación _____

Nombre del cuidador/a _____

Nombre del evaluador/a _____

Informe del CUIDADOR/A

Exposición al trauma: _____

Puntuación total de severidad TEPT: _____

Criterios	# de Síntomas <small>(Solo contar elementos clasificados con 2 o 3)</small>	# Síntomas requeridos	Criterios DSM 5	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reexperimentación Items 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evitación Items 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Humor/ pensamientos negativos Items 8-15		2+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Arousal Items 16-20		2+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Deterioro funcional Grupo de 1-5 preguntas de sí/no		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Informe del NIÑO/A/ ADOLESCENTE

Exposición al trauma: _____

Puntuación total de severidad TEPT: _____

Criterios	# de Síntomas <small>(Solo contar elementos clasificados con 2 o 3)</small>	# Síntomas requeridos	Criterios DSM 5	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reexperimentación Items 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evitación Items 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Humor/ pensamientos negativos Items 8-15		2+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Arousal Items 16-20		2+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Deterioro funcional Grupo de 1-5 preguntas de sí/no		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Prueba de cribaje sobre estrés traumático en niños y adolescentes. Versión para cuidadores (CATS-C) 3 -6 años

Nombre _____

Fecha _____

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

1. Desastres naturales como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos o incendios.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
2. Accidentes graves o lesiones por accidentes de tráfico/bicicleta, mordeduras de perro, lesiones deportivas.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
3. Robo con intimidación, forzoso o a mano armada.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
4. Bofetadas, golpes o palizas en su familia.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
5. Bofetadas, golpes o palizas por alguien fuera de su familia.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
6. Ha visto a alguien de su familia siendo abofeteado, golpeado o dándole una paliza.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
7. Ha visto a alguien de su comunidad siendo abofeteado o golpeado.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
8. Alguien mayor que el niño/a ha tocado sus partes íntimas cuando no debería.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
9. Alguien ha forzado o presionado al niño/a para tener sexo.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
10. Alguien cercano al niño/niña ha muerto repentinamente o de forma violenta.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
11. El niño/niña ha sido atacado, apuñalado, disparado o gravemente herido.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
12. El niño/niña ha visto a alguien siendo atacado, apuñalado, disparado, gravemente herido o asesinado.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
13. Ha sufrido un tratamiento médico que le produjo estrés o miedo.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
14. Ha estado en algún lugar en guerra.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
15. ¿Ha sufrido otro evento estresante o traumático?	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO

Descríbalo:

¿Cuál de los eventos es que más le perturba en este momento?

Si marcó alguno de los eventos traumáticos o estresantes, pase de página y responda las siguientes preguntas.

**Marque 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las situaciones siguientes han perturbado al niño/niña en las últimas dos semanas. Responda lo mejor que pueda:
0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre**

1. Tener pensamientos o imágenes molestas sobre el evento estresante o reconstruir el evento estresante durante el juego.	0	1	2	3
2. Tener pesadillas relacionadas con el evento estresante.	0	1	2	3
3. Actuar, jugar o sentir como si el evento estresante estuviera ocurriendo en este momento.	0	1	2	3
4. Sentirse muy triste cuando recuerda el evento estresante.	0	1	2	3
5. Reacciones físicas fuertes cuando recuerda el evento estresante (sudoración, palpitaciones).	0	1	2	3
6. Intentar no recordar, pensar o no tener sentimientos sobre el evento traumático.	0	1	2	3
7. Evitar todo lo que le recuerda a la experiencia traumática (actividades, personas, lugares, objetos, conversaciones).	0	1	2	3
8. Incremento de estados emocionales negativos (miedo, enfado, culpa, vergüenza, confusión).	0	1	2	3
9. Perder el interés en actividades que a ella/él le encantaban antes del evento estresante. Incluyendo el no jugar tanto como antes.	0	1	2	3
10. Actuar retraído/a en sociedad.	0	1	2	3
11. Reducción de la muestra de sentimientos positivos (estar feliz, tener sentimientos amorosos).	0	1	2	3
12. Estar irritable o tener ataques de ira sin una buena razón y hacia otras personas u objetos.	0	1	2	3
13. Estar excesivamente en alerta o en guardia.	0	1	2	3

14. Estar nervioso/a o sobresaltarse fácilmente.	0	1	2	3
15. Problemas de concentración.	0	1	2	3
16. Dificultades para conciliar o mantenerse dormido/a.	0	1	2	3

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

1. Mantener las relaciones con los demás

SÍ		NO	

4. Relaciones familiares

SÍ		NO	

2. Aficiones/ diversión

SÍ		NO	

5. Felicidad general

SÍ		NO	

3. Escuela o guardería

SÍ		NO	

Prueba de cribaje sobre estrés traumático en niños y adolescentes. Versión para 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 y 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. Desastres naturales como como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos o incendios.		SÍ		NO
2. Accidentes graves o lesiones por accidentes de tráfico/bicicleta, mordeduras de perro, lesiones deportivas.		SÍ		NO
3. Robo con intimidación, forzoso o a mano armada.		SÍ		NO
4. Bofetadas, golpes o palizas en su familia.		SÍ		NO
5. Bofetadas, golpes o palizas por alguien fuera de su familia.		SÍ		NO
6. Ha visto a alguien de su familia siendo abofeteado, golpeado o dándole una paliza.		SÍ		NO
7. Ha visto a alguien de su comunidad siendo abofeteado o golpeado.		SÍ		NO
8. Alguien mayor que el niño/a o adolescente ha tocado sus partes íntimas cuando no debería.		SÍ		NO
9. Alguien ha forzado o presionado al niño/a o adolescente para tener sexo o cuando no podía negarse.		SÍ		NO
10. Alguien cercano al niño/niña o adolescente ha muerto repentinamente o de forma violenta.		SÍ		NO
11. El niño/niña o adolescente ha sido atacado, apuñalado, disparado o gravemente herido.		SÍ		NO
12. El niño/niña o adolescente ha visto a alguien siendo atacado, apuñalado, disparado, gravemente herido o asesinado.		SÍ		NO
13. Ha sufrido un tratamiento médico que le produjo estrés o miedo.		SÍ		NO
14. Ha estado en algún lugar en guerra.		SÍ		NO

15. ¿Ha sufrido otro evento estresante o traumático?	SÍ		NO
Describalo:			

¿Cuál de los eventos es el que más le perturba en este momento?

Si marcó alguno de los eventos traumáticos o estresantes, pase de página y responda las siguientes preguntas.

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. Responda lo mejor que pueda:

0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre

1. Tener pensamientos o imágenes molestas sobre el evento estresante o reconstruir el evento estresante durante el juego	0	1	2	3
2. Tener pesadillas relacionadas con el evento estresante	0	1	2	3
3. Actuar, jugar o sentir como si el evento estresante estuviera ocurriendo en este momento.	0	1	2	3
4. Sentirse muy triste cuando recuerda el evento estresante	0	1	2	3
5. Reacciones físicas fuertes cuando recuerda el evento estresante (sudoración, palpitaciones).	0	1	2	3
6. Intentar no recordar, pensar o no tener sentimientos sobre el evento traumático.	0	1	2	3
7. Evitar todo lo que le recuerda a la experiencia traumática (actividades, personas, lugares, objetos, conversaciones).	0	1	2	3
8. No poder recordar una parte importante del evento traumático.	0	1	2	3
9. Pensamientos negativos sobre sí mismo/a, otros o el mundo tras un evento estresante.	0	1	2	3
10. Pensar que el 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 del evento estresante.	0	1	2	3
13. Sentirse distante o aislado/a de las personas que le rodean.	0	1	2	3

14. No muestra 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 o mantenerse dormido/a.	0	1	2	3

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

1. Mantener las relaciones con los demás.

SÍ		NO	

4. Relaciones familiares.

SÍ		NO	

2. Aficiones/ diversión.

SÍ		NO	

5. Felicidad general.

SÍ		NO	

3. Escuela.

SÍ		NO	

Prueba de cribaje sobre estrés traumático en niños 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 han ocurrido. Marca NO si no te han ocurrido.

1. Desastres naturales como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos o incendios.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
2. Accidentes graves o lesiones por accidentes de tráfico/bicicleta, mordeduras de perro, lesiones deportivas.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
3. Robo con intimidación, forzoso o a mano armada.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
4. Bofetadas, golpes o palizas en tu familia.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
5. Bofetadas, golpes o palizas por alguien fuera de tu familia.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
6. Has visto a alguien de tu familia siendo abofeteado, golpeado o dándole una paliza.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
7. Has visto a alguien de tu comunidad siendo abofeteado o golpeado.	<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.	<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. Has sido atacado, apuñalado, disparado o gravemente herido.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
12. Has visto a alguien siendo atacado, apuñalado, disparado, gravemente herido o asesinado.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
13. Has sufrido un tratamiento médico que te produjo estrés o miedo.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO
14. Has estado en algún lugar en guerra.	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO

15. ¿Has sufrido otro evento estresante o traumático?		SÍ		NO
Descríbelo:				

¿Cuál de los eventos es el que más te perturba en este momento?

Si has marcado alguno de los eventos traumáticos o estresantes, pasa de página y responde las siguientes preguntas.

Marca 0, 1, 2 o 3 indicando con qué frecuencia las siguientes situaciones te han molestado en las últimas dos semanas. Responde lo mejor que puedas:

0 Nunca / 1 De vez en cuando / 2 La mitad del tiempo / 3 Casi siempre

1. Pensamientos molestos o imágenes sobre lo que ocurrió que irrumpen en tu cabeza.	0	1	2	3
2. Tener pesadillas relacionadas que te recuerdan lo que pasó.	0	1	2	3
3. Sentir como si lo que ocurrió estuviera ocurriendo alrededor otra vez.	0	1	2	3
4. Sentirte muy triste cuando recuerdas lo que ocurrió.	0	1	2	3
5. Fuertes sensaciones corporales cuando recuerdas lo que ocurrió (sudoración, latidos rápidos, malestar 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 puedo confiar en nadie, el mundo entero es peligroso.	0	1	2	3
10. Culparte por lo que ocurrió o culpar 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 contra otros.	0	1	2	3
16. Hacer cosas peligrosas.	0	1	2	3
17. Estar excesivamente cauto/a (comprobar quien 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 o mantenerte dormido/a.	0	1	2	3

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

1. Mantener las relaciones con los demás.

SÍ		NO	

4. Relaciones familiares.

SÍ		NO	

2. Aficiones/ diversión.

SÍ		NO	

5. Felicidad general.

SÍ		NO	

3. Escuela o trabajo.

SÍ		NO	

Prueba de cribaje sobre estrés traumático en niños y adolescentes (CATS) PUNTUACIÓN

Nombre del niño/a/ adolescente: _____ Fecha de la evaluación: _____

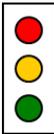
Nombre del cuidador/a: _____ Nombre del evaluador/a: _____

Prueba completada por: Niño/niña/adolescente Cuidador/a Puntuación de la severidad de TEPT: _____

Trauma más angustioso: _____

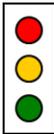
REEXPERIMENTACIÓN

B1



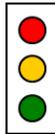
Recuerdos perturbadores del trauma

B2



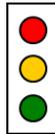
Pesadillas

B3



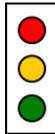
Actuar/ sentir como si el evento estuviera ocurriendo

B4



Reacciones emocionales ante recuerdos traumáticos

B5



Reacciones físicas ante recuerdos traumáticos

Gravedad de los síntomas

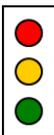
2 – 3 = Luz roja

1 = Luz amarilla

0 = Luz verde

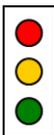
EVITACIÓN/ RETRAIMIENTO

C1



Evitar pensamientos/sentimientos relacionados con el trauma

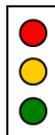
C2



Evitar recuerdos traumáticos

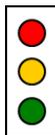
HUMOR/CREENCIAS NEGATIVAS

D1



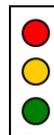
Problemas para recordar detalles del trauma

D2



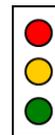
Creencias y expectativas negativas

D3



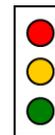
Culparse a sí mismo u a otros no responsables

D4



Emociones negativas (miedo, enfado, culpa)

D5



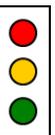
Pérdida de interés en actividades

D6



Sentirse distante de otros

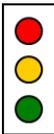
D7



Incapacidad para experimentar emociones positivas

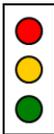
HIPERAROUSAL

E1



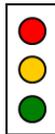
Estallidos de irritabilidad/ ira

E2



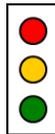
Conducta imprudente/ dañina

E3



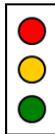
En guardia/ atento

E4



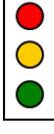
Nervioso/ Al límite

E5



Problemas de concentración

E6



Problemas de sueño