

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 (Solo contar elementos clasificados con 2 o 3)	# Síntomas requeridos	¿Cumple con los criterios DSM 5?	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reexperimentación Ítems 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evitación Ítems 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Humor/ Pensamientos negativos Ítems 8-15		2+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Arousal Ítems 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 (Solo contar elementos clasificados con 2 o 3)	# Síntomas requeridos	¿Cumple con los criterios DSM 5?	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reexperimentación Ítems 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Evitación Ítems 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Humor/ Pensamientos negativos Ítems 8-15		2+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Arousal Ítems 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/as y Adolescentes - 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. 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 ha forzado o presionado al niño/a para tener sexo cuando él/ella no pudo decir que no. Sí No
10. Alguien cercano al niño/niña 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 aterrador?
 Describalo: Sí No

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

Si marcó alguno de los eventos estresantes o aterradores, 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 molestado al niño/niña en las últimas dos semanas.

Responda lo mejor que pueda:

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

1.	Tener pensamientos o imágenes molestas sobre un evento estresante. O reconstruir un 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 afectado/a emocionalmente cuando recuerda un evento estresante.	0	1	2	3
5.	Reacciones físicas fuertes cuando algo/alguien le 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.	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 de un evento estresante. Incluyendo el no jugar tanto.	0	1	2	3
10.	Actuar retraídamente en situaciones sociales.	0	1	2	3
11.	Mostrar menos 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 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 el sueño o mantenerse dormido/a.	0	1	2	3

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

- | | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------|--|
| 1. Llevarse bien con los demás | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 4. Relaciones familiares | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 2. Aficiones/ diversión | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 5. Felicidad general | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 3. Escuela o guardería | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |

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 perjudicarle.	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 | | |

**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. 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 tu familia. Sí No
5. Ser abofeteado/a, golpeado/a o apaleado/a por alguien de fuera de tu familia. Sí No
6. Ver a alguien de tu familia siendo abofeteado/a, golpeado/a o dándole una paliza. Sí No
7. Ver a alguien de tu comunidad siendo abofeteado/a, golpeado/a o dándole una paliza. Sí No
8. Alguien mayor que tú te ha tocado tus partes íntimas cuando no debería. Sí No
9. Alguien te ha forzado o presionado para tener sexo cuando no pudiste decir que no. Sí No
10. Alguien cercano a ti 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 te produjo estrés o miedo. Sí No
14. Estar en algún lugar en guerra. Sí No
15. ¿Otro evento estresante o traumático? Sí No
 Descríbelo: _____

¿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 | | |

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

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

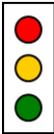
Nombre del cuidador/a: _____ Nombre del evaluador/a: _____

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

Trauma más angustioso: _____

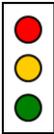
REEXPERIMENTACIÓN

B1



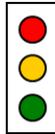
Recuerdos perturbadores del trauma

B2



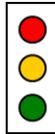
Pesadillas

B3



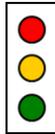
Actuar/ sentir como si el evento estuviera ocurriendo

B4



Reacciones emocionales ante recuerdos traumáticos

B5



Reacciones físicas ante recuerdos traumáticos

Gravedad de los síntomas

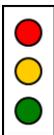
2 – 3 = Luz roja

1 = Luz amarilla

0 = Luz verde

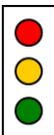
EVITACIÓN/ RETRAIMIENTO

C1



Evitar pensamientos/sentimientos relacionados con el trauma

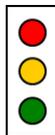
C2



Evitar situaciones o cosas relacionadas con el trauma

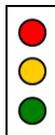
HUMOR/CREENCIAS NEGATIVAS

D1



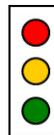
Problemas para recordar detalles del trauma

D2



Creencias y expectativas negativas

D3



Culparse a sí mismo/a u a otros no responsables

D4



Emociones negativas (miedo, enfado, culpa)

D5



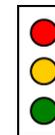
Pérdida de interés en actividades

D6



Sentirse distante de otros

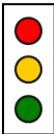
D7



Incapacidad para experimentar emociones positivas

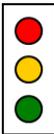
HIPERAROUSAL

E1



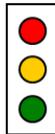
Estallidos de irritabilidad/ ira

E2



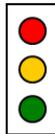
Conducta imprudente/ dañina

E3



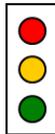
Estar en guardia/Atento/a

E4



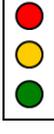
Nervioso/a / Al límite

E5



Problemas de concentración

E6



Problemas de sueño