

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 | | |