

Cuestionario de Evaluación de Trauma para niños y adolescentes (CATS) – Reporte del Cuidador (3-6 años)

Nombre del niño _____ Nombre del cuidador _____ Fecha _____

A muchos niños les ocurren eventos estresantes o aterradores. A continuación hay una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces suceden. Marque Sí si le paso al niño a su mejor entender. Marque NO si no le sucedió al niño.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Desastres naturales serios, como inundaciones, tornados, huracanes, terremotos, o incendios. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Un accidente o lesión de gravedad como un choque de automóvil/bicicleta, mordida de un perro, lesión de deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Amenazado, golpeado o herido gravemente dentro de la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Amenazado, golpeado o herido gravemente en la escuela o comunidad | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Atacado, apuñalado, disparado o robo con amenaza | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ver a alguien en la familia ser amenazado, golpeado o herido gravemente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Ver a alguien en la escuela o la comunidad ser amenazado, golpeado o herido gravemente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Alguien le hace cosas sexuales al niño o hace que el niño haga cosas sexuales a ellos cuando él/ella no pudieron decir no. O cuándo el niño fue forzado o presionado. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Alguien en línea o redes sociales que este preguntando o presionando al niño hacer algo sexual como tomar o mandar fotografías. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Alguien acosando al niño en persona. Diciendo cosas muy malas que le asustan a él/ella. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Alguien acosando al niño en línea. Diciendo cosas muy malas que le asustan a él/ella. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Alguien cercano al niño que muere de repente o violentamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Un procedimiento que le produjo estrés o miedo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estar en un lugar en guerra. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Otro evento que le estreso o asusto? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Descríbalo: _____

De vuelta a la página y conteste las siguientes preguntas acerca de todos los eventos que asustaron o estresantes que le ocurrieron al niño.

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

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

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Tiene pensamientos o imágenes molestos sobre un evento estresante. O vuelve a representar el evento estresante durante el juego. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Tiene pesadillas sobre el evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Actúa, juega o siente como si un evento estresante estuviera sucediendo ahora. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se siente muy molesto emocionalmente cuando se le recuerda sobre un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. tiene reacciones físicas Fuertes cuando se le recuerda sobre un evento estresante (sudoración, palpitaciones) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Intenta no recordar, hablar ni tener sentimientos acerca de un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Evita las actividades, personas, lugares o cosas que recuerden un evento estresante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Tiene más estados emocionales negativos (miedo, enojo, culpa, vergüenza). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pierde el interés en las actividades que disfrutaba antes del evento estresante. Incluso juega menos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Se retrae socialmente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Demuestra menos los sentimientos positivos (estar feliz, tener sentimientos afectuosos). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Está irritable, o tiene arrebatos de enojo sin un buen motivo y se desquita con otras personas o cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Está demasiado alerta o en guardia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Está nervioso o se asusta con facilidad. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Tiene problemas de concentración. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Tiene problemas para dormirse o mantenerse dormido. | 0 | 1 | 2 | 3 |

CATS 3- 6 Puntaje de años <11	CATS 3-6 Puntaje de años 12-15	CATS 3-6 Puntaje de años 15+
Normal. Clínicamente no elevado.	Angustia moderada relacionada con el trauma.	Probable PTSD.

Marque SÍ o NO si los problemas que marco interfirieron con:

- | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 1. Llevarse bien con otras personas. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> N
o | 4. Relaciones familiares. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> N
o |
| 2. Pasatiempos/diversión. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> N
o | 5. Felicidad general. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> N
o |
| 3. Escuela o trabajo. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> N
o | | | |