GEORGE HULL CENTRE
FOR CHILDREN & FAMILIES
Changing the trajectory of children's mental health.

CASTER™ (Child and Adolescent Screener for Traumatic Events and Response) Self-Report (Youth ages 12-18) © 2021 The George Hull Centre

CASTER™ (Identificador de Eventos Traumáticos y Respuestas en Niños y Adolescentes) Reporte Personal (Niños y Jóvenes edades 12-18)

Nombre del Joven_____ **ID del Cliente** _____
(NOMBRE y APELLIDO)

Fecha de Hoy _____ **Fecha de Nacimiento** _____ **Edad del Joven** _____ **Genero del Joven** _____
(dd/mm/aaaa) **(dd/mm/aaaa)**

Nombre del Cuidador_____ **Relación con el Joven**_____
(NOMBRE y APELLIDO)

Por favor revisa la lista de categorías étnicas y raciales al final de este documento e indica llenando el circulo azul cuál de las siguientes categorías describe mejor el grupo racial o étnico al que TU perteneces. Puedes escoger más de una categoría.

El identificador CASTER nos ayuda a entender más acerca de tus experiencias pasadas y tus conductas actuales.

La Sección Uno contiene una lista de eventos potencialmente traumáticos que algunas personas han experimentado.

Por favor indícanos si estos eventos te han sucedido alguna vez eligiendo **Sí** o **No** para cada evento. Si tu respuesta es ***Si*** a un evento, por favor indica ***que tanto*** te afecta actualmente la experiencia de la siguiente manera:

Nunca si el evento no te afecta actualmente

Ocasionalmente si el evento te afecta en algunas ocasiones

Frecuentemente si el evento te afecta constantemente

Por ejemplo, si tuviste un accidente serio y te afecta mucho actualmente:

		Si	No	*Nunca*	*Ocasionalmente*	*Frecuentemente*
10	Has sufrido un accidente serio o lesión	●	O	O	O	●

La Sección Dos contiene una lista de pensamientos, ideas, sentimientos o conductas. Algunos de ellos son comunes a otras personas de tu edad, mientras que otros pueden estar relacionados con eventos perturbadores que te han sucedido. Por favor indícanos que tan frecuentemente has vivido estas experiencias **durante los últimos 6 meses (solamente)**:

N = Nunca durante los últimos 6 meses

O = Ocasionalmente durante los últimos 6 meses

F = Frecuentemente durante los últimos 6 meses

Por ejemplo, si ocasionalmente has tenido dificultades para dormirte en los últimos 6 meses:

Durante los últimos 6 meses*, ¿qué tan frecuentemente has experimentado lo siguiente? *Circula donde aplique

N = Nunca (en los últimos 6 meses) O = Ocasionalmente (en los últimos 6 meses)
F = Frecuentemente (en los últimos 6 meses)

1	Tienes dificultad para dormirte	*N*	(O)	*F*

La Seccion Dos tiene tres preguntas adicionales. Estas preguntas nos indican cambios importantes que puedes haber vivido o experimentado. Por favor indica cuantos cambios has vivido.

Por ejemplo, si ambos padres y un padre adoptivo han sido tus cuidadores principales, deberias seleccionar “3” para la siguiente pregunta:

Desde el Nacimiento ¿Cuántas personas DISTINTAS han tenido el rol principal de cuidarte? (p. ej., padres, padrastros, padres adoptivos, abuelos)	*1*	*2*	(*3*)	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11+*

Por favor, pide ayuda si tienes preguntas acerca de cómo llenar esta forma. Gracias.

SECCION UNO

ID o Nombre del Joven o del Cliente _____

CASTER™ Self Report (Youth Ages 12-18)
© 2021 The George Hull Centre

	¿Alguna vez has experimentado alguna de las siguientes situaciones?	Indica sí o no según aplique		Si indicas "sí", por favor señala como esta experiencia te afecta actualmente		
	Condiciones ambientales/vivienda	*Si*	*No*	*Nunca*	*Ocasionalmente*	*Frecuentemente*
1	Incendio, desastre natural serio (p.ej., inundación, terremoto, incendio forestal)	O	O	O	O	O
2	Crisis sanitaria pública o ambiental (p.ej., agua potable sucia o contaminada, derrame químico, enfermedad / pandemia)	O	O	O	O	O
3	Mudanza familiar trascendente(s) (p.ej., a una nueva comunidad, casa, país, o muchas mudanzas)	O	O	O	O	O
4	Has vivido en un país durante periodo de guerra / o disturbios civiles (p.ej., protestas, violencia)	O	O	O	O	O
5	Has vivido en un campo de refugiados o centro de inmigración	O	O	O	O	O
6	Has vivido en algún lugar donde te sentiste en peligro, estresado, o inseguro	O	O	O	O	O
7	Te ha faltado hogar (p.ej., has vivido en las calles, refugio, domicilio temporal)	O	O	O	O	O
	Salud, Accidentes, Perdidas	*Si*	*No*	*Nunca*	*Ocasionalmente*	*Frecuentemente*
8	Tu o alguien cercano a ti ha sufrido alguna condición médica seria	O	O	O	O	O
9	Tu o alguien cercano a ti ha sufrido algún procedimiento medico doloroso o atemorizante	O	O	O	O	O
10	Has sufrido algún accidente serio o alguna lesión	O	O	O	O	O
11	Tu o alguien cercano a ti ha sufrido una sobredosis	O	O	O	O	O
12	Has descubierto que alguien cercano a ti ha sufrido algún daño serio, lesión o abuso a manos de algún miembro familiar o alguien cercano a ti	O	O	O	O	O
13	Has sido testigo de un suicidio o intento de suicidio por parte de alguien cercano a ti	O	O	O	O	O
14	Muerte de alguno de tus padres o un cuidador cercano	O	O	O	O	O
15	Muerte de algún hermano(a) o alguien cercano	O	O	O	O	O
16	Muerte de una mascota amada	O	O	O	O	O
	Vida en la Comunidad	*Si*	*No*	*Nunca*	*Ocasionalmente*	*Frecuentemente*
17	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu género u orientación sexual	O	O	O	O	O
18	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu raza, color de piel, y/o lugar de nacimiento	O	O	O	O	O
19	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu religión y/o identidad cultural	O	O	O	O	O
20	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu apariencia y/o capacidad (p.ej., física, aprendizaje)	O	O	O	O	O
21	Has sido lastimado, intimidado, o amenazado en persona o en internet por alguien fuera de la familia	O	O	O	O	O
22	Has sido testigo de violencia o trato injusto hacia alguien fuera de casa (p.ej., en la escuela o en la comunidad)	O	O	O	O	O
23	Has sido testigo de la muerte o el intento de suicidio de alguien en la comunidad (NO incluyendo miembros de tu familia)	O	O	O	O	O
24	Has sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales (p. ej., has sido detenido, acosado, arrestado, confrontado)	O	O	O	O	O
25	Alguien cercano a ti ha sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales (p.ej., has sido detenido, acosado, arrestado, confrontado)	O	O	O	O	O
	Vida Familiar	*Si*	*No*	*Nunca*	*Ocasionalmente*	*Frecuentemente*
26	Has sido lastimado físicamente por alguno de tus padres / cuidadores (p.ej., golpeado, pateado, golpeado con algún objeto)	O	O	O	O	O
27	Has sido lastimado físicamente por algún miembro cercano de la familia que NO es un padre o cuidador tuyo (p.ej., golpeado, pateado, golpeado con algún objeto)	O	O	O	O	O
28	Has recibido disciplina severa no física ejercida por alguno de tus padres o cuidadores (p.ej. encierro en algún cuarto, se te ha negado la comida)	O	O	O	O	O
29	Has recibido críticas severas o crueles (p.ej., amenazas, apodos, insultos) por alguno de tus padres o cuidadores	O	O	O	O	O
30	Te ha faltado cantidad suficiente o adecuada de comida, ropa limpia u otras necesidades básicas	O	O	O	O	O
31	No has recibido suficiente afecto, atención, o apoyo de alguno de tus padres o cuidadores	O	O	O	O	O
32	Has visto o escuchado conflicto / violencia entre tus padres o cuidadores (p.ej., gritos, amenazas, golpes, patadas)	O	O	O	O	O
33	Tus padres o cuidadores están divorciados o separados	O	O	O	O	O
34	Presencia de problemas económicos serios en tu familia	O	O	O	O	O
35	Algún padre o cuidador ha tenido problemas con abuso de drogas, alcohol, juego, apuestas u otro tipo de conducta excesiva (p.ej., video juegos, medios sociales, compras)	O	O	O	O	O
36	Alguno de tus padres o cuidadores ha tenido problemas emocionales o mentales serios	O	O	O	O	O
37	Has sufrido separación considerable de alguno de tus padres, cuidadores o miembro cercano de la familia	O	O	O	O	O
38	Has sido retirado del hogar por autoridades (p.ej., servicios de protección infantil)	O	O	O	O	O
39	Tu hogar es altamente sexualizado (p.ej., has escuchado o visto sexualidad adulta, lenguaje sexual frecuente)	O	O	O	O	O
40	Has sido expuesto, obligado a realizar o ha recibido actos sexuales por alguien parte de la familia	O	O	O	O	O
	Otras Experiencias	*Si*	*No*	*Nunca*	*Ocasionalmente*	*Frecuentemente*
41	Has sido expuesto, obligado a realizar o has recibido actos sexuales por alguien fuera de la familia	O	O	O	O	O
42	Te han ofrecido regalos, dinero, drogas o alcohol a cambio de realizar actos sexuales	O	O	O	O	O
43	Has recibido críticas severas o crueles (p.ej., amenazas, apodos, intimidación, insultos) de parte de alguien importante para ti que NO es un padre o cuidador	O	O	O	O	O
44	Has sido secuestrado	O	O	O	O	O
45	Has sufrido otros eventos atemorizantes, molestos o dolorosos (por favor describe abajo): _____	O	O	O	O	O

SECCION DOS

ID o Nombre del Joven o Cliente _____

CASTER™ Self Report (Youth Ages 12-18)
© 2021 The George Hull Centre

Durante los últimos 6 meses*, ¿qué tan frecuentemente has experimentado lo siguiente? *Circula donde aplique

N = Nunca (en los últimos 6 meses) O = Ocasionalmente (en los últimos 6 meses) F = Frecuentemente (en los últimos 6 meses)

1	Tienes dificultad para dormirte	N	O	F
2	Problemas manteniendo el sueño	N	O	F
3	Pesadillas	N	O	F
4	Estas exhausto (p.ej., baja energía, no bien descansado, muy cansado)	N	O	F
5	No deseas dormir solo	N	O	F
6	Te mojas (orinas) durante el día	N	O	F
7	Te mojas (orinas) durante la noche	N	O	F
8	Te ensucias (popo /excremento)	N	O	F
9	Otras preocupaciones del baño (p.ej., embarras popo/excremento, orinas fuera del escusado, ocultas productos menstruales usados)	N	O	F
10	Tienes dolores de cabeza, del estómago u otros dolores en el cuerpo	N	O	F
11	Dificultad para comer (p.ej., no quieres comer, comes demasiado o demasiado poco)	N	O	F
12	Falta de higiene (p. ej., no te lavas los dientes, no te bañas, no te cambias la ropa)	N	O	F
13	Tienes conductas riesgosas o temerarias que te ponen en peligro a tí mismo o a otros	N	O	F
14	Tienes conductas impulsivas (haces o dices cosas sin antes pensar)	N	O	F
15	Juegas con encendedores, cerillos, fuego	N	O	F
16	Te preocupas por las armas	N	O	F
17	Tomas cosas sin permiso o robas	N	O	F
18	Tomas y escondes comida	N	O	F
19	Te pellizcas la piel, te jalas el pelo, las pestañas o las cejas, te muerdes las uñas excesivamente	N	O	F
20	Te auto tranquilizas (p.ej., te meces, te retuerces o te masticas el pelo, sacudes la pierna o golpeteas el piso con el pie)	N	O	F
21	Tienes dificultad para tranquilizarte, calmarte	N	O	F
22	Tienes dificultad para estar tranquilo; inquieto	N	O	F
23	Sientes apatía (p.ej., quieto, inmóvil, o no reaccionas)	N	O	F
24	Te sientes fácilmente irritado por ciertos sonidos, olores, imágenes, sabores o texturas	N	O	F
25	Te distraes fácilmente o tienes dificultad para concentrarte	N	O	F
26	Eres demasiado sensible al ser tocado	N	O	F
27	Te asustas fácilmente (p.ej., te sientes "nervioso" en respuesta al tacto, el sonido o alguien que se le acerque)	N	O	F
28	Estas demasiado atento a signos de peligro	N	O	F
29	Estas demasiado nervioso, ansioso o tenso	N	O	F
30	Te sientes “desconectado" o aturdido	N	O	F
31	Te sientes entumecido, incapaz de sentir	N	O	F
32	No te sientes conectado con tu cuerpo (p.ej., sientes que te estás observando a tí mismo desde fuera de tu cuerpo)	N	O	F
33	Te sientes demasiado triste o deprimido	N	O	F
34	Te sientes confundido, desorientado	N	O	F
35	Te sientes malo o incapaz de ser amado	N	O	F
36	Escuchas o ves cosas que los demás no	N	O	F
37	Lloras incontrolablemente	N	O	F
38	Sufres cambios de humor rápidos	N	O	F
39	Haces berrinches o tienes arrebatos de enojo	N	O	F
40	Te frustras, te irritas o te fastidias fácilmente	N	O	F
41	Piensas o hablas de lastimarte o matarte	N	O	F
42	Has hecho amenazas o intentos de suicidio	N	O	F
43	Te lastimas intencionalmente (p.ej., te cortas o te golpeas a ti mismo)	N	O	F
44	Piensas o hablas de lastimar o matar a otros	N	O	F
45	Eres hiriente verbal o físicamente hacia otras personas	N	O	F
46	Eres hiriente hacia los animales	N	O	F
47	Destruyes propiedad (p.ej., rompes o avientas cosas u objetos)	N	O	F
48	Usas alcohol, inhalantes o drogas recreativas	N	O	F
49	Te preocupan conductas sexuales (p.ej. demasiados comentarios o conductas sexuales, preocupación con tener acceso a medios con contenido sexual)	N	O	F
50	Tratas de hacer que otros hagan cosas relacionadas al sexo/ tocas a otros de maneras sexuales	N	O	F
51	Tienes dificultad para hacer o mantener amigos	N	O	F
52	Evitas hacer cosas con otras personas	N	O	F
53	Te sientes demasiado solo o aislado	N	O	F
54	No te va bien en la escuela o en programas de aprendizaje (p.ej., tienes malas notas, dificultades de aprendizaje, de conducta o problemas sociales)	N	O	F
55	No deseas ir a la escuela o programa de aprendizaje	N	O	F
56	Tienes dificultad para hacer cosas solo o al estar separado de tus padres/cuidadores	N	O	F
57	Tienes miedo de estar solo	N	O	F
58	Tienes miedo a personas, lugares o situaciones especificas Lista: _____	N	O	F
59	Te sientes incomodo al hablar en ciertos lugares o situaciones (p.ej., en la escuela, eventos sociales)	N	O	F
60	Algún evento aterrador del pasado aparece en tus juegos, historias, arte	N	O	F
61	Tienes recuerdos o pensamientos de algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
62	Hablas o piensas en algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
63	Evitas hablar o pensar en algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
64	Tienes dificultad para recordar detalles de algún evento aterrador o perturbador que paso	N	O	F
65	Te culpas a ti mismo por algún evento aterrador o perturbador que paso	N	O	F

Otras preocupaciones (por favor describe abajo)				
66		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente

Preguntas Adicionales												
67	Desde el nacimiento ¿Cuántas personas DISTINTAS han tenido el rol principal de cuidarte? (p.ej., padres, padrastros, padres adoptivos, abuelos)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
68	Desde el nacimiento ¿Cuántas VECES has vivido lejos de tus padres o cuidadores? (p.ej., hogar adoptivo, hogar grupal, con familia extendida)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
69	Desde el nacimiento ¿A cuántas escuelas DISTINTAS has ido?		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	

Categorías Étnicas y Raciales

- **asiático**
  - Este (p. ej., chino, japones, coreano)
  - Sur (p.ej., indio, pakistaní, cingalés)
  - Sudeste (p.ej., malayo, filipino, vietnamita)
  - europeo (p.ej., inglés, alemán, turco, ruso)
  - norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
  - caribeño (p.ej., guyanés, chino jamaiquino)
  - otro: _____

- **negro**
  - africano (p.ej., ghanés, kenyano, somalí)
  - caribeño (p.ej., jamaiquino, haitiano)
  - latinoamericano caribeño (p.ej., jamaiquino, haitiano)
  - europeo (p.ej., inglés, español, francés)
  - norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
  - otro: _____

- **indígena**
  - Naciones originarias de Canadá
  - Inuit
  - Metis
  - Otro: _____

- **latinoamericano**
  - de origen europeo (p.ej., español, francés, alemán)
  - de origen indígena (p.ej., peruano, boliviano, guatemalteco)
  - de origen mixto (p.ej., Indígena y europeo; negro y europeo)
  - otro: _____

- **medio oriental, asiático de medio oriente** (p.ej., egipcio, iraní, libanes, afgano, israelí, turco))

- **blanco**
  - de origen europeo (p.ej., inglés, italiano, portugués, ruso, australiano, neozelandés)
  - norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
  - otro: _____

- **multirracial/ multiétnico:** (p.ej., negro africano y blanco norteamericano)
_____

- **Otros**: _____

- **Prefieres no contestar**

- **No sabes**