



**CASTER™ (Child and Adolescent Screener for Traumatic Events and Response)  
Parent/Caregiver Report (Children ages 0-5) © 2021 The George Hull Centre**

**CASTER™ (Identificador de Eventos Traumáticos y Respuestas en Niños y Adolescentes)  
Reporte para Padres/Cuidadores (Niños edades 0-5)**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_  
(NOMBRE y APELLIDO)

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad del Niño \_\_\_\_\_ Género del Niño \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

Su Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Niño \_\_\_\_\_  
(NOMBRE y APELLIDO)

**Por favor revise la lista de categorías étnicas y raciales al final de este documento e indique llenando el círculo azul cuál de las siguientes categorías describe mejor el grupo racial o étnico de su NIÑO. Puede escoger más de una categoría.**

Las experiencias estresantes pueden impactar la salud y el desarrollo de los niños. El identificador CASTER nos ayuda a entender más acerca de las experiencias pasadas del niño y sus pensamientos, sentimientos y conductas actuales.

**La Sección Uno** contiene una lista de eventos potencialmente traumáticos que algunas personas han experimentado. Hasta donde usted sabe, indique si estos eventos le han sucedido alguna vez al niño eligiendo **Sí** o **No** para cada evento. Si la respuesta es **Sí** a un evento, por favor indique **que tanto** le afecta actualmente al niño esa experiencia de la siguiente manera:

- Nunca** si el evento no le afecta al niño actualmente
- Ocasionalmente** si el evento le afecta al niño en algunas ocasiones
- Frecuentemente** si el evento le afecta al niño constantemente

Por ejemplo, si el niño tuvo un accidente y le afecta mucho actualmente:

	No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
10 El niño ha sufrido algún accidente serio o lesión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**La Sección Dos** contiene una lista de pensamientos, ideas, sentimientos o conductas. Algunos de ellos son comunes a los niños de la misma edad del suyo, mientras que otros pueden estar relacionados con eventos que pueden haberle sucedido al niño. Hasta donde usted sepa, por favor indíquenos que tan seguido el niño ha 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 el niño ha tenido dificultades para dormirse en los últimos 6 meses:

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

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

1 Tiene dificultad para dormirse	N	O	F
----------------------------------	---	---	---

**La Sección Dos** tiene tres preguntas adicionales. Estas preguntas nos indican cambios importantes que el niño puede haber vivido o experimentado. Por favor indique cuantos cambios ha vivido el niño.

Por ejemplo, si ambos padres y un padre adoptivo han sido los cuidadores principales del niño, usted debería seleccionar "3" para la siguiente pregunta:

Desde el nacimiento, ¿Cuántas VECES uno de los padres o un cuidador importante (p.ej., padrastro, padre adoptivo, abuelo) ha abandonado al menor?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----

Por favor, pida ayuda si tiene preguntas acerca de cómo llenar esta forma. Gracias.

¿Alguna vez el niño ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?		Indique sí o no según aplique		Si indica "sí", por favor señale como esta experiencia afecta a su niño actualmente		
Condiciones ambientales / vivienda		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
1	Incendio, desastre natural serio (p.ej., inundación, terremoto, incendio forestal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Crisis sanitaria pública o ambiental (p.ej., agua potable sucia o contaminada, derrame químico, enfermedad / pandemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Mudanza familiar trascendente(s) (p.ej., a una nueva comunidad, casa, país, o muchas mudanzas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ha vivido en algún lugar donde se sintió peligroso, estresante, o inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud, Accidentes, Pérdidas		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
5	El menor ha sufrido algún accidente serio o lesión, condición médica seria o procedimiento doloroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Alguien cercano al menor ha sufrido algún accidente serio o lesión, condición médica seria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Muerte de alguien cercano al menor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida en la Comunidad		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
8	Maltrato o trato injusto debido a su raza, color de piel, genero, religión, orientación sexual, lugar de nacimiento, apariencia y/ o habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Ha sido lastimado, intimidado, o amenazado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Ha sido testigo de violencia o trato injusto hacia alguien fuera de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Alguien cercano al menor ha sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Familiar		No	SI	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
12	Ha sido lastimado física o emocionalmente por algún padre, cuidador o miembro de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Le ha faltado cantidad suficiente o adecuada de comida, ropa limpia u otras necesidades básicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	No ha recibido suficiente afecto, atención, o consuelo de alguno de los padres o cuidadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Ha visto o escuchado conflicto serio o violencia entre miembros de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Hay conflicto serio entre los padres o cuidadores, o estos se encuentran divorciados o separados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Presencia de problemas económicos serios en la familia (ahora o en el pasado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Miembro cercano de la familia con problemas de alcoholismo, drogadicción o problemas de salud mental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ha sufrido separación considerable de algún padre, cuidador o miembro cercano de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras Experiencias		No	SI	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
20	Ha sido expuesto, obligado a realizar o ha recibido actos sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Ha escuchado del daño serio, accidente o abuso que le ha ocurrido a alguien cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ha sufrido otros eventos atemorizantes, molestos o dolorosos (por favor describa abajo): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durante los últimos 6 meses, ¿qué tan frecuentemente ha experimentado lo siguiente? Circule donde aplique.**

**N = Nunca** (en los últimos 6 meses solamente) **O = Ocasionalmente** (en los últimos 6 meses solamente)  
**S = Frecuentemente** (en los últimos 6 meses solamente)

1	Tiene dificultad para dormir (p. ej., para dormirse, quedarse dormido, no quiere dormir solo)	N	O	F	22	Se rehúsa a ir a la escuela, guardería o programa de aprendizaje	N	O	F
2	Pesadillas	N	O	F	23	Tiene problemas para seguir la rutina y cubrir expectativas en la casa, escuela, guardería o programa de aprendizaje	N	O	F
3	Dificultad para comer (p.ej., se rehúsa a comer, come demasiado o demasiado poco)	N	O	F	24	Tiene demasiado apego o dificultad para separarse de las personas adultas	N	O	F
4	Perdida o aumento considerable de peso	N	O	F	25	Demasiado nervioso, ansioso o tenso	N	O	F
5	Fácilmente irritado por ciertos sonidos, olores, imágenes, sabores o texturas	N	O	F	26	Demasiado atento a señales de peligro	N	O	F
6	Demasiado sensible al ser tocado	N	O	F	27	Tiene miedo a personas, lugares o situaciones específicos (por favor indique):	N	O	F
7	Dificultad para tranquilizarse, calmarse	N	O	F	28	Demasiado triste	N	O	F
8	Se asusta fácilmente (p. ej., se pone "nervioso" en respuesta al tacto, el sonido o alguien que se le acerque)	N	O	F	29	Demasiado enojado	N	O	F
9	Demasiado pasivo (callado, quieto, o no reacciona)	N	O	F	30	Toma y esconde comida y/u otras cosas	N	O	F
10	Tiene dolores de cabeza, estomago o el cuerpo en general	N	O	F	31	Se lastima (p.ej., se golpea, se muerde, se golpea la cabeza, se pellizca la piel)	N	O	F
11	No habla en ciertos lugares o situaciones (p. ej., fuera de casa)	N	O	F	32	Lastima o amenaza con lastimar a otras personas	N	O	F
12	Parece "desconectado" o de aspecto aturdido	N	O	F	33	Lastima animales	N	O	F
13	Incapaz de realizar actividades que ya era capaz de hacer (p. ej., ir al baño, vestirse, alimentarse, hablar)	N	O	F	34	Tiene conductas destructivas (p.ej., rompe o avienta cosas)	N	O	F
14	Juega o embarra popo/excremento o se aguanta para hacer popo	N	O	F	35	Tiene lenguaje o conducta sexualizada	N	O	F
15	Rehúsa bañarse o ducharse	N	O	F	36	Demasiada dificultad para estar quieto y poner atención	N	O	F
16	Hace rabietas o berrinches	N	O	F	37	Conducta auto tranquilizante excesiva (p.ej., se mece, se mastica o retuerce el pelo, se chupa el pulgar)	N	O	F
17	Llora o grita en exceso	N	O	F	38	Algún evento aterrador del pasado aparece en sus juegos, historias, arte	N	O	F
18	Corre para alejarse del padre o cuidador	N	O	F	39	Parece tener dificultad para recordar detalles de algún evento aterrador o molesto que paso	N	O	F
19	Se ve demasiado cómodo con extraños o gente que no conoce	N	O	F	40	Se culpa a si mismo por algún evento aterrador o perturbador	N	O	F
20	Prefiere estar solo	N	O	F	41	Se siente malo o incapaz de ser amado	N	O	F
21	Tiene dificultad para estar con otros niños	N	O	F					

Otras preocupaciones (por favor describa abajo)

42		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
----	--	-------	----------------	----------------

### Preguntas Adicionales

43	Desde el nacimiento, ¿Cuántas VECES uno de los padres o un cuidador <u>importante</u> (p.ej., padrastro, padre adoptivo, abuelo) ha abandonado al menor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
44	Desde el nacimiento, ¿Cuántas VECES el menor ha vivido lejos de sus padres o de un cuidador <u>importante</u> (p. ej., hogar adoptivo, con familia extendida)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
45	Desde el nacimiento, ¿A cuántas guarderías o escuelas preescolares <u>DISTINTAS</u> ha ido el menor?	0	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 jamaicano)
- otro: \_\_\_\_\_

**negro**

- africano (p.ej., ghanés, keniano, somalí)
- caribeño (p.ej., cubano, haitiano)
- latinoamericano caribeño (p.ej., jamaicano, haitiano)
- europeo (p.ej., inglés, español, francés)
- norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
- otro: \_\_\_\_\_

**indígena**

- naciones originarias de Canadá
- inuit
- métis
- 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:** \_\_\_\_\_

**Prefiere no contestar**

**No sabe**