

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

P 11-17

FOLLOW-UP

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante el último mes.

Nombre de su hijo/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Por lo general cae bien a los otros niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, continúe a la siguiente página, hay más preguntas

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
17. Trata bien a los niños/as más pequeños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo miente o engaña.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Piensa las cosas antes de hacerlas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. ¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

2. ¿Desde que recibió este servicio, está su hijo/a?:

Mucho peor	Un poco peor	Más o menos igual	Un poco mejor	Mucho mejor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Recibir este servicio les ha ayudado en otras maneras, por ejemplo: proporcionando información o haciendo los problemas más tolerables?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, continúe a la siguiente página, hay más preguntas

4. En el último mes, ¿ cree usted que su hijo/a ha tenido dificultades en alguna de las siguientes áreas: emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarse con otras personas?

No	Si- pequeñas dificultades	Si- claras dificultades	Si- severas dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha contestado "Sí", por favor responda a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

5. ¿Cree usted que estas dificultades preocupan o causan malestar a su hijo/a?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Interfieren estas dificultades en la vida diaria de su hijo/a en las siguientes áreas?

	No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
6. VIDA EN LA CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. AMISTADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. APRENDIZAJE EN LA ESCUELA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿ Son estas dificultades una carga para usted o su familia ?

No	Sólo un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma.....

Fecha.....

Madre / padre / otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005