

Questionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

P 11-17

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 los últimos seis meses.

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. ¿Cree usted que su hijo/a tiene 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:

3. ¿Desde cuándo tiene estas dificultades?

| Menos de un mes | 1-5 meses | 6-12 meses | Más de un año |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

4. ¿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 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. VIDA EN LA CASA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. AMISTADES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. APRENDIZAJE EN LA ESCUELA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. ¿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