

# Supplemental Assessments

## Spanish

### CHILD SYMPTOMS

1. SMFQ (Caregiver Depression)  
    SMFQ-Caregiver Report  
    SMFQ-Child Report

### CAREGIVER SYMPTOMS

1. CESD-R (Caregiver Depression)
2. PCL5-Intake and PCL5-Periodic/Discharge (Caregiver Trauma)
3. Parental Stress Scale (Caregiver Stress)
4. Youth/Caregiver Satisfaction  
    OHIO Satisfaction-Caregiver Report  
    OHIO Satisfaction-Child Report

*These are alternate or additional measures that can be used based on clinical judgment of primary symptom area targeted by treatment*

## SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (Caregiver: Spanish)

### Cuestionario Corto del Animo y Sentimientos Versión del Padre/Madre o Adulto a cargo

Este formulario se trata de cómo su niño/a se pudo haber sentido o actuado recientemente.

Por cada pregunta, por favor señale que tanto su niño/a se ha sentido o actuado de esta forma *durante las últimas dos semanas*.

Si la frase es cierta en el caso de su niño/a la mayor parte del tiempo, marque CIERTO.

Si la frase es cierta en el caso de su niño/a sólo ocasionalmente, marque ALGUNAS VECES.

Si la frase no es cierta en el caso de su niño/a, marque NO ES CIERTO.

	Cierto	Algunas Veces	No es cierto
	2	1	0
1. El/Ella se sintió triste o amargado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El/Ella no mostró agrado por nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El/Ella se sintió tan cansado que solo se sentó y no hizo nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El/Ella estuvo muy inquieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El/Ella sintió que ya no servía para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El/Ella lloró mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se le hizo muy difícil pensar o concentrarse en algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El/Ella se odio así mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El/Ella sintió que era una mala persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se sintió solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El/Ella pensó que nadie le quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pensó que jamás sería tan bueno como otros niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El/Ella sintió que todo cuanto hacía estaba mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Response Scale for Caregiver SMFQ

**0**

**1**

**2**

No es verdad

A veces

Cierto

## SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (Child: Spanish)

### Cuestionario Corto del Animo y Sentimientos Versión del Joven

Este formulario se trata de cómo te pudiste haber sentido o actuado recientemente.

Por cada pregunta, por favor señala que tanto te has sentido o actuado de esta forma *durante las últimas dos semanas*.

Si la frase es cierta en tu caso la mayor parte del tiempo, marca CIERTO.

Si la frase es cierta sólo ocasionalmente marca ALGUNAS VECES.

Si la frase no es cierta, marca NO ES CIERTO.

	Cierto	Algunas Veces	No es cierto
	2	1	0
1. Me sentí triste o amargado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nada me ha causado agrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me sentí tan cansado que sólo me senté y no hice nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estuve muy inquieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me sentí que ya no servía para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lloré mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se me hizo muy difícil pensar o concentrarme en algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me odié a mi mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fui una mala persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentí solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pensé que nadie me quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pensé que jamás sería tan bueno como otros niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hice todo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Response Scale for Caregiver SMFQ

**0**

**1**

**2**

No es verdad

A veces

Cierto

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised (CESD-R) (Caregiver: Spanish)**

<i>Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada:</i>	<b>Durante la Última Semana</b>				<b>Casi todos los días por las últimas 2 semanas</b>
	<b>Nunca o menos que 1 día</b>	<b>1-2 días</b>	<b>3-4 días</b>	<b>5 -7 días</b>	
No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	0	1	2	3	4
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza	0	1	2	3	4
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3	4
Me sentía deprimida/o	0	1	2	3	4
Mi sueño era inquieto.	0	1	2	3	4
Me sentí triste.	0	1	2	3	4
No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3	4
Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
Sentí que era una persona mala	0	1	2	3	4
Perdí el interés en actividades habituales	0	1	2	3	4
Dormí mas de lo usual	0	1	2	3	4
Sentí que me estaba moviendo muy despacio	0	1	2	3	4
Me sentí inquieta/o	0	1	2	3	4
Quise morirme	0	1	2	3	4
Quise hacerme daño a mi misma/o	0	1	2	3	4
Me sentí cansada/o todo el tiempo	0	1	2	3	4
No me gusté a mi misma/o	0	1	2	3	4
Perdí mucho peso sin intentarlo.	0	1	2	3	4
Tuve muchos problemas para dormir	0	1	2	3	4
No me pude concentrar en las cosas importantes	0	1	2	3	4

Reference: Eaton, W. W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., Tien, A. (2004). Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Review and revisión (CESD and CESD-R). In ME Maruish (Ed). The Use of Psychosocial Testing for Treatment Planning and Outcomes Assesment (3rd Ed.) Volume 3: Instruments for Adults, pp. 363-377. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

# Escala de Respuesta

0	1	2	3	4
Nunca o menos que 1 día	Alguna o poca vez	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi todos los días por las últimas 2 semanas
	1-2 días	3-4 días	5-7 días	

## **PCL-5 (Caregiver Intake: Spanish)**

### **Trauma Exposure Questions**

**Instrucciones:** Estas preguntas son sobre experiencias muy estresantes y cómo le podrían estar afectando.

1	¿Has visto a alguien gravemente herido, muerto o muerto de repente?	Si	No
2	¿Ha sido gravemente herido o lastimado por otra persona?	Si	No
3	¿Ha sido forzado a ver o hacer algo sexual?	Si	No
4	¿Ha tenido algún otro evento muy estresante o potencialmente mortal?	Si	No

**PCL-5 Instrucciones:** Esto es una lista de problemas que las personas a veces tienen en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, leer cuidadosamente cada pregunta y luego marcar uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

<b><i>En el último mes, ¿cuánto le molestó:</i></b>	Nunca	Muy poco	A menudo	Bastante	Extremadamente
1. Los recuerdos repetidos, inquietantes, y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. De repente sentir o actuar como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si estuviera realmente allí reviviéndolo)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy molesto/a cuando algo le recordó de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener fuertes reacciones físicas cuando algo le recordó de la experiencia estresante (por ejemplo, latidos del corazón, dificultad respirar, sudación)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. Problema para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener fuerte creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo/a, hay algo seriamente mal conmigo, nadie puede ser confiado, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o lo que sucedió después?	0	1	2	3	4
11. Tener fuerte sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Perder interés en las actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4



Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

13. Sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. Problemas teniendo sentimientos positivos (por ejemplo, incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos amorosos hacia las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, arrebatos de enojo, o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o haciendo cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. Estar "súper alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse nervioso/a o sorprendido/a fácilmente?	0	1	2	3	4
19. Dificultad con la concentración?	0	1	2	3	4
20. Problemas para caer o quedarse dormido/a?	0	1	2	3	4

# PCL-5 Caregiver Intake Scale

0

Nunca

1

Muy  
poco

2

A menudo

3

Bastan  
te

4

Extremada  
mente

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PCL-5 Periodic/Discharge (Caregiver: Spanish)**

**Instrucciones:** Esto es una lista de problemas que las personas a veces tienen en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, leer cuidadosamente cada pregunta y luego marcar uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

<b>En el último mes, ¿cuánto le molestó:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Muy poco</b>	<b>A menudo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
1. Los recuerdos repetidos, inquietantes, y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. De repente sentir o actuar como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si estuviera realmente allí reviviéndolo)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy molesto/a cuando algo le recordó de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener fuertes reacciones físicas cuando algo le recordó de la experiencia estresante (por ejemplo, latidos del corazón, dificultad respirar, sudación)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. Problema para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener fuerte creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo/a, hay algo seriamente mal conmigo, nadie puede ser confiado, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o lo que sucedió después?	0	1	2	3	4
11. Tener fuerte sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Perder interés en las actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. Problemas teniendo sentimientos positivos (por ejemplo, incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos amorosos hacia las personas)	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, arrebatos de enojo, o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o haciendo cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. Estar "súper alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse nervioso/a o sorprendido/a fácilmente?	0	1	2	3	4
19. Dificultad con la concentración?	0	1	2	3	4
20. Problemas para caer o quedarse dormido/a?	0	1	2	3	4

# PCL-5 Caregiver Intake Scale

0

Nunca

1

Muy  
poco

2

A menudo

3

Bastan  
te

4

Extremada  
mente

## Parental Stress Scale (Caregiver: Spanish)

Las siguientes afirmaciones describen sentimientos y percepciones acerca de la experiencia de ser padre. Piense en cada uno de los artículos en términos de cómo es típicamente su relación con su niño o niños. Por favor, indique el grado en el que está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes elementos, colocando el número apropiado en el espacio proporcionado.

1 = Muy en desacuerdo    2 = Desacuerdo    3 = Indeciso    4 = De acuerdo    5 = Muy de acuerdo

Indice		
	1.	Me siento feliz siendo padre/madre.
	2.	No hay nada o casi nada que no haría por mi hijo/a si fuera necesario.
	3.	Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo.
	4.	A veces me preocupa si estoy haciendo lo suficiente para mi hijo/a.
	5.	Me siento cerca de mi hijo/a.
	6.	Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a.
	7.	Mi hijo/a es una fuente importante de afecto para mí.
	8.	Tener un hijo/a me da una visión más segura y optimista para el futuro.
	9.	La causa mayor de estrés en mi vida es mi hijo/a.
	10.	Tener un/a hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida.
	11.	Tener un hijo/a ha sido una carga financiera.
	12.	Me resulta difícil balancear diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a.
	13.	El comportamiento de mi hijo/a es a menudo embarazoso o estresante para mí.
	14.	Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un/a hijo/a.
	15.	Me siento inundado/a por la responsabilidad de ser padre/madre.
	16.	Tener un/a hijo/a ha significado tener muy pocas opciones y poco control sobre mi vida.
	17.	Me siento satisfecho/a como padre/madre.
	18.	Encuentro a mi hijo/a agradable.

### Scoring

To compute the parental stress score, items 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17, and 18 should be reverse scored as follows: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). The item scores are then summed.

Reference: Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 463-472

# Escala de Respuesta para el Estrés de los Padres

1	2	3	4	5
Mu en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Satisfaction Questionnaire

# P

### Parent Rating –OHIO SATISFACTION SCALE (Spanish)

Instrucciones: Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

**1. ¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud mental que su hijo ha recibido hasta ahora?** 1. Extremely satisfied

1. Extremadamente satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Ligeramente satisfecho
4. Ligeramente insatisfecho
5. Moderadamente insatisfecho
6. Absolutamente no

**2. ¿En qué medida ha sido incluido en el proceso de planificación del tratamiento de su hijo?**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**3. Los trabajadores de salud mental que han participado en mi caso escuchan y valoran mis ideas sobre la planificación del tratamiento para mi hijo.**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**4. ¿En qué medida el plan de tratamiento de su hijo incluye lo que usted piensa sobre las necesidades de tratamiento de su hijo?**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**Total:** \_\_\_\_\_



Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Y**

## **Satisfaction Questionnaire**

### **Youth Rating – OHIO SATISFACTION SCALE (Spanish)**

Instrucciones: Marca con un círculo tu respuesta a cada pregunta. 1. 2. 3. 4. 5. 6.

**1. ¿Cuán satisfecho estás con los servicios de salud mental que has recibido hasta ahora?**

1. Extremadamente satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Ligeramente satisfecho
4. Ligeramente insatisfecho
5. Moderadamente insatisfecho
6. Absolutamente no

**2. ¿Cuánto eres incluido en las decisiones sobre tu tratamiento?**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**3. Los trabajadores de salud mental que participan en mi caso me escuchan y saben lo que quiero.**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**4. Tengo mucha decisión en cuanto a mi tratamiento.**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**Total:** \_\_\_\_\_