

Supplemental Assessments

Spanish

CHILD SYMPTOMS

1. SMFQ (Depression)
 - a. Caregiver Report
 - b. Child Report
2. PROMIS (Anxiety)
 - a. Caregiver Report
 - b. Child Report

CAREGIVER SYMPTOMS

1. CESD-R (Caregiver Depression)
2. PCL5-Intake and PCL5-Periodic/Discharge (Caregiver Trauma)
3. Parental Stress Scale (Caregiver Stress)

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 agradó 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 SMFQ

0

No es verdad

1

A veces

2

Cierto

Client Initials: _____ Client ID: _____ Date of Completion: ___/___/___

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 SMFQ

0

No es verdad

1

A veces

2

Cierto

Ansiedad en pediatría - Cuestionario abreviado 8a

Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Sentí que podría pasar algo terrible.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me sentí nervioso/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sentí miedo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me sentí preocupado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me preocupé cuando estaba en casa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me asusté con mucha facilidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me preocupó lo que pudiera pasarme.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me preocupé al acostarme por las noches..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Escala de Respuesta para PROMIS

1

Nunca

2

Casi nunca

3

A veces

4

A menudo

5

Casi
siempre

Ansiedad - Versión para padres – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Mi niño/a se sintió nervioso/a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a sintió miedo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se sintió preocupado/a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a sintió como si algo terrible pudiera pasar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se preocupó cuando estaba en casa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se asustó con mucha facilidad...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se preocupó por lo que podría pasarle.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se preocupó al acostarse por las noches.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Escala de Respuesta para PROMIS

1

Nunca

2

Casi nunca

3

A veces

4

A menudo

5

Casi
siempre

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>	Durante la Última Semana				Casi todos los días por las últimas 2 semanas
	Nunca o menos que 1 día	1-2 días	3-4 días	5 -7 días	
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

Nunca o menos
que 1 día

1

Alguna o poca
vez

1-2 días

2

Ocasionalmente
o una buena
parte del tiempo

3-4 días

3

La mayor parte
del tiempo

5-7 días

4

Casi todos los
días por las
últimas 2 semanas

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.

<i>En el último mes, ¿cuánto le molestó:</i>	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.

<i>En el último mes, ¿cuánto le molestó:</i>	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 fuertes 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 fuertes 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
-----------------------	----------------	--------------	----------------	--------------------

<i>Indice</i>		
	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.

<p>Scoring</p> <p><i>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.</i></p>

Escala de Respuesta para el Estrés de los Padres

1

Mu en
desacuerdo

2

Desacuerdo

3

Indeciso

4

De
acuerdo

5

Muy de
acuerdo