

Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH – ADTC) Assessment Packet Spanish

Includes Assessments:

Child Assessments

Trauma History Screen (Child: Spanish)
Child PTSD Symptom Scale (Child: Spanish)
Ohio Problem Severity Scale (Child: Spanish)
Ohio Functioning Scale (Child: Spanish)

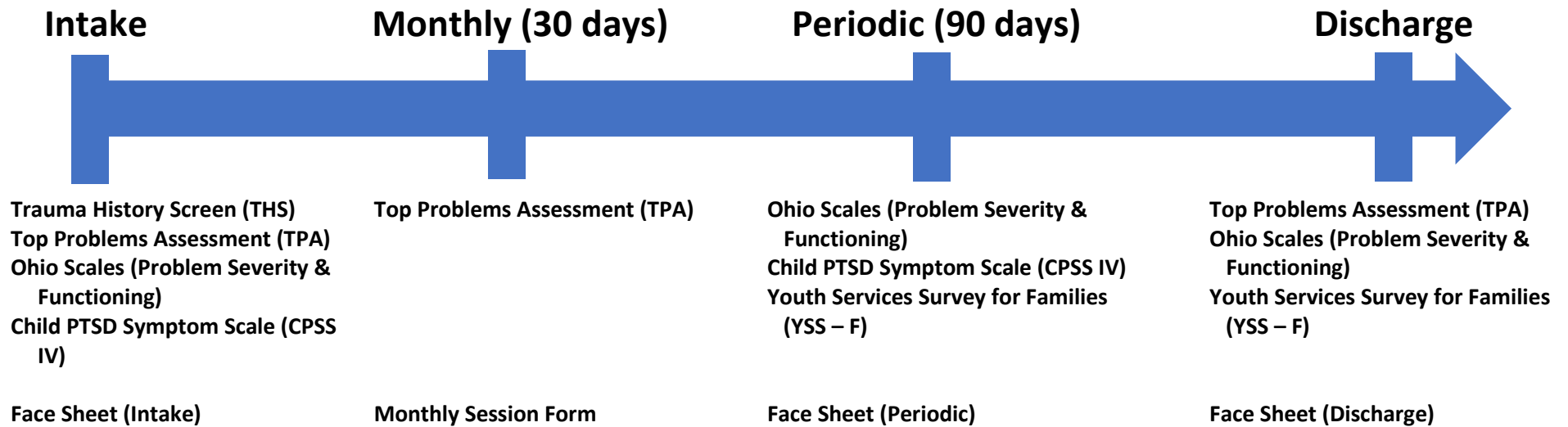
Caregiver Assessments

Trauma History Screen (Caregiver: Spanish)
Child PTSD Symptom Scale (Caregiver: Spanish)
Ohio Problem Severity Scale (Caregiver: Spanish)
Ohio Functioning Scale (Caregiver: Spanish)
Youth Services Survey for Families (Caregiver: Spanish)



HARVARD UNIVERSITY

Assessment & Form Timeline



Evaluación del Historial de Trauma (THS) (Child: Spanish)

Client Initials: _____
ID: _____
Date: _____

Instrucciones: Pregunte cuántas veces sucedió cada una de las siguientes situaciones. Después pregúntele al niño/a cuánto le afectó esa situación en ese momento y cuánto le está afectando ahora (la peor vez que eso sucedió).		¿Cuántas veces te ha pasado esto?					La peor vez que esto sucedió, ¿cuánto te afectó?					¿Cuánto te afecta esto aún?				
	“¿Alguna vez”	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-10 veces	10+ veces	Nada	Muy Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente	Nada	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1	Has visto o has estado envuelto en un accidente muy serio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Has tenido algún conocido gravemente herido o enfermo al bordo de la muerte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Has conocido a alguien que haya muerto?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Has estado tan gravemente enfermo/a que el médico o tú mismo pensaste que ibas a morir?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Has sido separado inesperadamente de las personas de quienes dependes para recibir afecto y seguridad por varios días?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Has tenido a alguien cercano que ha tratado de hacerse daño o suicidarse?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Has sido amenazado de ó recibido algún daño físico?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Has sido víctima de robo ó has visto presenciado un robo?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Alguien ha tratado de secuestrarte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Has visto o estado en un tornado, terremoto, huracán ó incendio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Has sido atacado por un perro ó algún otro animal?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Has visto o escuchado personas peleando físicamente o amenazándose de hacerse daño?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Has visto ó escuchado a alguien disparar un arma de fuego, usar un puñal, ó usar otra arma?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Has visto a un miembro de la familia ser arrestado ó has visto a algún familiar en la cárcel?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Has vivido algún periodo de tu vida cuando no has recibido cuidados básicos apropiados? (comida, ropa ó lugar para vivir)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Has sido forzado a ver ó hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Has visto, oído a otra persona ser forzado a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Has visto gente usando drogas? (fumando, oliendo o inyectándose)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Has presenciado alguna otra situación amenazante o algo que te hizo pensar que alguien podría resultar herido ó muerto? Describe _____						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

20. ¿Cuál de las anteriores situaciones te molesta más ahora: _____ Hace cuánto sucedió esto: _____

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Child: Spanish)

Client Initials: _____
ID: _____
Date: _____

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te puedes sentir acerca de esas cosas que me contaste previamente que te han afectado. De 0 a 3 escoge el número que mejor describe la frecuencia con que estos problemas te han molestado **DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.**

0	1	2	3
Por nada	Una vez a la semana o menos /un poco	2- 3 veces a la semana/ Algo	4 - 5 veces a la semana/ Mucho

1.	Has tenido pensamientos o imágenes molestos sobre el trauma aunque tu no querías pensar en eso.	0	1	2	3
2.	Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3.	Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4.	Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5.	Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6.	Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma.	0	1	2	3
7.	Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático	0	1	2	3
8.	Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma.	0	1	2	3
9.	Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10.	Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11.	Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3
12.	Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)).	0	1	2	3
13.	Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14.	Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15.	Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de la televisión, olvidándote de lo que leíste, o no prestando atención en la clase).	0	1	2	3
16.	Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de tí).	0	1	2	3
17.	Te has asustado o te has sorprendido fácilmente.	0	1	2	3

Adapted from Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., & Treadwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Escala de Respuesta

0

Por nada

1

Una vez a la
semana o menos/

Un poco

2

2-3 veces a
la semana/

Algo

3

4-5 veces a la
semana/

Mucho



Sistema para Evaluar Estados de Salud Mental del Consumidor en Ohio. Determinación de Problemas y Desempeño en Jóvenes.

Client Initials: _____

ID: _____

Date: _____

Evaluación Proveniente del Joven-Formulario Corto (Edades entre 12 y 18 años)

Instrucciones: Indica la frecuencia con que has tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días:						
	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discutir con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Meterse en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Gritar o insultar a los demás, usar malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Rehuser hacer lo que dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causar problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Consumir drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumplir con las reglas o la ley (llegar atrasado, robar)	0	1	2	3	4	5
9. Faltar a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Mentir	0	1	2	3	4	5
11. No poder estar quieto, tener demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Lastimarse o hacerse daño (me corto o me raspo, tomo píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Hablar o pensar sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Pensar que no vales nada o no sirves para nada	0	1	2	3	4	5
15. Te sientes solo y no tienes amigos	0	1	2	3	4	5
16. Te sientes inquieto o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Te preocupa que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Te sientes triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Tienes pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas para comer	0	1	2	3	4	5

Total _____

Escala de Respuesta de los Niños OHIO

Determinación de Problemas

0

1

2

3

4

5

Nunca

Uno o dos
veces

Varias
veces

Con
frecuencia

Casi
siempre

Todo
el
tiempo

Instrucciones: Por favor califica el grado en que tus problemas afectan tu actual capacidad para realizar actividades diarias. Lee cada punto y marca con un círculo el número que mejor describe tu situación actual.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Me va bien	Me va muy bien
1. Llevarme bien con mis amigos	0	1	2	3	4
2. Llevarme bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Salir o entablar relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Llevarme bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Estar pulcro y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidar mi salud y tener hábitos saludables (tomar medicamentos, cepillarme los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar problemas	0	1	2	3	4
8. Sentirme motivado y terminar los proyectos	0	1	2	3	4
9. Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Hacer tareas en la casa (limpiar mi cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asistir a la escuela y aprobar las materias	0	1	2	3	4
13. Aprender habilidades que me serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Sentirme bien sobre mí mismo	0	1	2	3	4
15. Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Concentrarme, prestar atención y terminar las tareas	0	1	2	3	4
17. Ganar dinero y aprender a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hacer cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Aceptar responsabilidad por mis acciones	0	1	2	3	4
20. Capacidad de expresar sentimientos	0	1	2	3	4

Total _____

Escala de Respuesta de los Niños OHIO

Desempeño en Jóvenes

0

Problemas
extremos

1

Bastantes
problemas

2

Algunos
problemas

3

Le va bien

4

Le va
muy bien

Evaluación del Historial de Trauma (THS) (Caregiver: Spanish)

Client Initials: _____
ID: _____
Date: _____

	Direcciones: Pregunte cuantas veces cada uno de los sucesos ocurrió y cuanto le afectó cuando sucedió y ahora (el peor de los sucesos)	¿Cuántas veces esto pasa?					¿Cuánto le afectó a el/ella la peor vez que esto sucedió?					¿Cuánto le molesta esta situación su hijo/a ahora?				
		Nunca	Una vez	2-3 veces	4-10 veces	10+ veces	Nada	Muy Poco	Moderadamen	Mucho	Extremadana	Nada	Muy poco	Moderadamen	Mucho	Extremadana
	“¿Alguna vez su niño/a....”															
1	Ha visto o ha estado envuelto en un accidente muy serio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Ha tenido algún conocido gravemente herido o enfermo al bordo de la muerte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Conocido a alguien que haya muerto?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Ha estado tan gravemente enfermo/a que el médico o usted llegó a pensar que iba a morir?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Ha sido separado inesperadamente de las personas de quienes depende para recibir afecto y seguridad por varios días?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Ha tenido a alguien cercano que ha tratado de hacerse daño o suicidarse?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Ha sido amenazado de ó recibido algún daño físico?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Ha sido víctima de robo ó ha presenciado un robo?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Ha sido secuestrado por alguien?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Ha visto o estado en un tornado, terremoto, huracán ó un incendio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Ha sido atacado por un perro ó algún otro animal?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Ha visto o escuchado gente peleando físicamente o amenazándose con hacerse daño?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Ha visto ó escuchado a alguien disparar un arma de fuego, usar un puñal, ó usar otra arma?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Ha visto a un miembro de la familia ser arrestado ó en la cárcel?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Ha vivido algún periodo de su vida cuando no ha recibido cuidados básicos apropiados? (comida, ropa ó un lugar para vivir)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Ha sido forzado a ver ó a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Ha visto, oído a otra persona ser forzado a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Ha visto gente usando drogas? (fumando, oliendo o inyectándose)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Ha presenciado alguna situación amenazante donde el/ella pensó que alguien podría resultar herido ó muerto? Especifique _____						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

20. ¿Cuál de las situaciones anteriores le causa mayor molestia AHORA? # ____ ¿Hace cuánto tiempo ocurrió? _____

Lang, J.M., & Franks, R. (2007). Adapted from the TESI (Ford & Rogers, 1997) and the THQ (Stover et al., 2007)

02/16/2000.....

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS IV) (Caregiver: Spanish)

Client-Initials: _____
ID: _____
Date: _____

Estas preguntas se refieren a cómo su niño/a puede sentirse acerca de esa situación(es) que mencionó previamente. De 0 a 3 escoja el número que mejor describe la frecuencia con que estos problemas han molestado a su niño/a **DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.**

0	1	2	3
Por nada	Una vez a la semana o menos/ un poco	2- 3 veces a la semana/ Algo	4 - 5 veces a la semana/ Mucho

1.	Su hijo/a ha tenido, sin querer, pensamientos o imágenes molestas sobre el evento.	0	1	2	3
2.	Su hijo/a ha tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3.	Su hijo/a ha actuado o ha sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo.	0	1	2	3
4.	Su hijo/a se ha sentido mal cuando piensa o escucha algo sobre el evento (por ejemplo: sintiéndose asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5.	Su hijo/a ha tenido sensaciones en su cuerpo cuando piensa o escucha algo acerca del evento (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6.	Su hijo/a ha tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del evento.	0	1	2	3
7.	Su hijo/a ha tratado de evadir actividades, personas, o lugares que le hacen recordar el evento.	0	1	2	3
8.	Su hijo/a ha tenido dificultad en recordar una parte importante del evento.	0	1	2	3
9.	Su hijo/a ha tenido mucho menos interés o no ha hecho las cosas que acostumbraba hacer.	0	1	2	3
10.	Su hijo/a ha tenido dificultad en sentirse cercano a las personas que están a su alrededor.	0	1	2	3
11.	Su hijo/a ha tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (no poder llorar o sentirse muy feliz).	0	1	2	3
12.	Su hijo/a se ha sentido como si sus planes del futuro o sus esperanzas no se harán realidad (Por ejemplo no obtener un trabajo, no estar casado, o tener niños).	0	1	2	3
13.	Su hijo/a ha tenido dificultad en quedarse o mantenerse dormido(a).	0	1	2	3
14.	Su hijo/a se ha sentido irritable o a tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15.	Su hijo/a ha tenido dificultad en concentrarse (por ejemplo, se le olvida de lo que se trata algún programa de televisión, olvida lo que ha leído, o no presta atención en clase).	0	1	2	3
16.	Su hijo/a ha estado demasiado cuidadoso/a y atento/a (por ejemplo, mirando quien y que está a su alrededor)	0	1	2	3
17.	Su hijo/a se ha asustado fácilmente ó se ha sorprendido/a fácilmente (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de él o ella.)	0	1	2	3

Adapted from Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., & Treadwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Escala de Respuesta

0

Por nada

1

Una vez a la
semana o
menos/
Un poco

2

2-3 veces a
la semana/
Algo

3

4-5 veces a la
semana/
Mucho



Sistema para Evaluar Estados de Salud Mental del Consumidor en Ohio. Determinación de Problemas, Desempeño y Satisfacción en Jóvenes.

Client Initials: _____
ID: _____
Date: _____

Evaluación Proveniente de los Padres – Formulario Corto

Instrucciones: Indique la frecuencia con que su hijo/a ha tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días:						
	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discute con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Se mete en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Grita o insulta a los demás, dice malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Tiene ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Se rehusa a hacer lo que le dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causa problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Usa drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumple con las reglas o la ley (llega después de hora, roba)	0	1	2	3	4	5
9. Falta a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Miente	0	1	2	3	4	5
11. No se puede estar quieto/a, tiene demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Se hace daño (se corta o se raspa, toma píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Habla o piensa sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Piensa que no vale nada o que no sirve para nada	0	1	2	3	4	5
15. Se siente solo/a y no tiene amigos/as	0	1	2	3	4	5
16. Se siente ansioso/a o temeroso/a	0	1	2	3	4	5
17. Le preocupa de que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Se siente triste o deprimido/a	0	1	2	3	4	5
19. Tiene pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Tiene problemas para comer	0	1	2	3	4	5

(Sume las calificaciones) Total _____

Escala de Respuesta de los Padres OHIO

Determinación de Problemas

0

Nunca

1

Uno o dos
veces

2

Varias
veces

3

Con
frecuencia

4

Casi
siempre

5

Todo el
tiempo

Client Initials: _____ ID: _____

Date: _____

Instrucciones: Por favor califique el grado en que los problemas de su hijo/a afectan su capacidad actual en las actividades diarias. Considere el nivel actual de desempeño de su hijo/a.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien
1. Se lleva bien con los amigos/as	0	1	2	3	4
2. Se lleva bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Sale y/o entabla relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Se lleva bien con personas adultas fuera de la familia (maestros/as, director /a de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Esta pulcro/ordenado y limpio, luce bien	0	1	2	3	4
6. Cuida su salud y tiene buenos hábitos al respecto (toma sus medicamentos, se cepilla los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controla sus emociones y evita problemas	0	1	2	3	4
8. Se siente motivado y termina sus proyectos	0	1	2	3	4
9. Participa en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participa en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Cumple con sus obligaciones en casa (limpiar su cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asiste a la escuela y aprueba las materias	0	1	2	3	4
13. Aprende tareas que le serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Se siente bien consigo mismo/a	0	1	2	3	4
15. Piensa con claridad y toma decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Se concentra, presta atención y hace sus tareas	0	1	2	3	4
17. Gana dinero y aprende a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hace cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Acepta responsabilidad por sus acciones	0	1	2	3	4
20. Tiene capacidad para expresar sus sentimientos	0	1	2	3	4

Escala de Respuesta de los Padres OHIO

Desempeño en Jóvenes

0

Problemas
extremos

1

Bastantes
problemas

2

Algunos
problemas

3

Le va bien

4

Le va
muy bien

Client Initials: _____ ID: _____

Date: _____

REPORTE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE CONNECTICUT

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA

Nos gustaría saber cómo se siente acerca del cuidado que su niño(a) o adolescente ha recibido recientemente. Por cada pregunta circule la respuesta que mejor describe su experiencia con nuestros servicios. Los servicios que usted recibe ahora o que pueda recibir en el futuro no se verán afectados por las respuestas que usted nos de.

1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que mi niño(a) ha recibido aquí

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño(a).

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

3. Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño(a).

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

4. Las personas que estaban ayudando a mi niño(a) estuvieron con nosotros en todo momento.

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

5. Sentí que mi niño(a) tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto(a).

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

6. Yo participé frecuentemente en el tratamiento de mi niño(a).

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

7. Los servicios que mi niño(a) recibió eran los indicados para nosotros.

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

8. La ubicación donde recibimos los servicios era conveniente para nosotros.

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

9. Los servicios se ofrecían en horas que eran convenientes para nosotros

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

10. Recibimos la ayuda que queríamos para mi niño(a).

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

11. Recibimos toda la ayuda que necesitábamos para mi niño(a).

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

12. Todo el personal me trató con respeto.

1-Totalmente en desacuerdo 2-No estoy de acuerdo 3-Neutral 4-De acuerdo 5-Totalmente de acuerdo

13. Todo el personal respetó las creencia religiosas/espirituales de mi familia.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
14. Todo el personal me habló de una manera que yo entendiera				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
15. Todo el personal respetó mi cultura y antecedentes étnicos.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
Como resultado de los servicios que mi niño/familia recibió,				
16. Mi niño(a) se puede enfrentar mejor a la vida diaria.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
17. Mi niño(a) se lleva mejor con los miembros de mi familia.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
18. Mi niño(a) se lleva mejor con amigos y otras personas.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
19. Mi niño(a) está mejor en la escuela.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
20. Mi niño(a) es más capaz de hacerle frente a las cosas cuando van mal.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
21. Ahora estoy satisfecho/a con nuestra vida familiar.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
<i>Por favor conteste las siguientes preguntas pensando en las relaciones que tiene con otras personas sin incluir su proveedor de salud mental.</i>				
Como resultado de los servicios que mi niño/familia recibió,				
22. Mi niño(a) está mejor capacitado(a) para hacer las cosas que él o ella quiere hacer.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
23. Conozco personas que me escuchan y entienden cuando necesito hablar.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
24. Conozco personas con las que me siento cómodo(a) hablando acerca de los problemas de mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
25. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de la familia o amigos.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo
26. Conozco personas con las que puedo hacer cosas agradables.				
1-Totalmente en desacuerdo	2-No estoy de acuerdo	3-Neutral	4-De acuerdo	5-Totalmente de acuerdo

Escala de Repuesta

Encuesta de Satisfacción de la Familia

1

Totalmente
en desacuerdo

2

No estoy de
acuerdo

3

Neutral

4

De
acuerdo

5

Totalmente
de acuerdo