

Ohio Youth Problem, Functioning and Satisfaction Scales (Spanish Parent Form)

Nombre del niño: _____ Fecha: _____ Grado del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Formulario respondido por: Madre Padre Madrastra Padrastro Otro: _____

Sección I (Ohio Youth Problem Severity Scale)							
Instrucciones: Califique la frecuencia con que su hijo ha tenido los siguientes problemas en los últimos 90 días.		Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1	Discute con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se mete en peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Dice, insulta o grita a los demás, usa malas palabras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ataques de ira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Se rehúsa a hacer lo que le dicen los maestros o los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Causa problemas sin motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Usa drogas o alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	No cumple las reglas o la ley (llega después de hora, roba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Falta a la escuela o a las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Miente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	No puede quedarse quieto, tiene demasiada energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Se lastima o daña a sí mismo (se corta o raspa, toma píldoras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Habla o piensa sobre la muerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Siente que no vale nada o no sirve para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Se siente solo y no tiene amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Se siente ansioso o temeroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Se preocupa de que suceda algo malo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Se siente triste o deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Problemas con la alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección II (Ohio Youth Functioning Scale)						
Instrucciones: Por favor califique el grado en que los problemas de su hijo afectan su actual capacidad en las actividades diarias. Considere el actual nivel de funcionamiento de su hijo.		Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos Problemas	Me va bien	Me va muy bien
21	Llevarse bien con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Llevarse bien con la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Salir o entablar relación con novios o novias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Llevarse bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Estar prolijo y limpio, lucir bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Cuidarse la salud y tener buenos hábitos de salud (tomar medicamentos o lavarse los dientes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Controlar las emociones y evitar los problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Sentirse motivado y terminar los proyectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Hacer tareas en la casa (limpiar su cuarto, otras tareas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Asistir a la escuela y aprobar las materias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Aprender tareas que le serán útiles para trabajos futuros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Sentirse bien sobre sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Concentrarse, prestar atención y terminar las tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Ganar dinero y aprender a usar el dinero con inteligencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Hacer cosas sin supervisión o restricciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Aceptar responsabilidad por sus acciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Capacidad de expresar sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adapted from the Ohio Youth Problem, Functioning and Satisfaction Scales

September 2004



Copyright © Benjamin M. Ogles & Southern Consortium for Children

Texas Department of Mental Health and Mental Retardation September 2003 (Spanish Parent Form)

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

1. En general, ¿cuán satisfecho está usted con su relación con su hijo ahora?
 1. Extremadamente satisfecho
 2. Moderadamente satisfecho
 3. Ligeramente satisfecho
 4. Ligeramente insatisfecho
 5. Moderadamente insatisfecho
 6. Extremadamente insatisfecho
2. ¿Cuán capaz de encarar los problemas de su hijo se siente ahora?
 1. Extremadamente capaz
 2. Moderadamente capaz
 3. Ligeramente capaz
 4. Ligeramente incapaz
 5. Moderadamente incapaz
 6. Extremadamente incapaz
3. ¿Cuánto estrés o presión tiene en su vida ahora?
 1. Muy poco
 2. Un poco
 3. Bastante
 4. Una cantidad moderada
 5. Mucho
 6. Insoportable
4. ¿Cuán optimista se siente ahora con respecto al futuro de su hijo?
 1. El futuro luce prometedor
 2. El futuro luce ligeramente prometedor
 3. El futuro luce bastante bien
 4. El futuro luce tanto bien como mal
 5. El futuro luce mal
 6. El futuro luce muy mal

Total _____

Instrucciones: Durante los últimos 90 días, cuántas veces han ocurrido los casos siguientes?

- _____ Arrestos
 _____ Suspensiones de la escuela
 _____ Detenciones en la escuela
 _____ Días que ha faltado a clase
 _____ Atentados a lastimarse o hacerse daño

Indique cuantos días ha estado la persona en cada una de las siguientes situaciones durante los últimos 90 días. (Por ejemplo, puede haber estado en un centro de detención por 3 días, en un hospital por 7 días, y con su madre biológica por 80 días).

_____ Con ambos padres biológicos	Domicilio de propiedad privada
_____ Con su madre biológica	Domicilio de propiedad privada
_____ Con su padre biológico	Domicilio de propiedad privada
_____ En casa de familiares	Domicilio de propiedad privada
_____ En casa de amistades de familia	Domicilio de propiedad privada
_____ Viviendo a solas o con amigos	Domicilio de propiedad privada
_____ Viviendo a solas bajo vigilancia	Domicilio de propiedad privada con apoyo
_____ En centro de rehabilitación para drogas y alcohol.	Con cuidados domesticos las 24 horas
_____ En hospicio para grupos	Con cuidados domesticos las 24 horas
_____ Bajo tratamiento en casa	Con cuidados domesticos las 24 horas
_____ En hospital con psiquiatra	Internado
_____ En hospital con medico	Internado
_____ Detenido - cárcel	Carcel o centro correjional
_____ Detenido - correjional juvenil	Carcel o centro correjional
_____ Cuidado para niños	Hospicio para niños
_____ Cuidado para niños con terapia	Hospicio para niños
_____ Cuidado especializado para niños	Hospicio para niños
_____ Albergue para personas sin domicilio.	Albergue
_____ Otras situaciones	Miscelaneo
_____ Desconosido	Desconosido