

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, coloca una cruz en el cuadro que creas que mejor responde a cada una de las preguntas: Falso, Medianamente verdadero, Muy verdadero. Es importante que respondas a todas las preguntas lo mejor que puedas, aunque no estés completamente seguro/a de la respuesta, o te parezca una pregunta rara. Por favor, responde a las preguntas pensando en cómo te sentiste o comportaste en los últimos seis meses.

Nombre

Hombre / Mujer

Fecha de nacimiento

		Medianamente Falso verdadero	Muy verdadero
Intento ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente comparto con otros mis juegos, lápices, útiles, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando me enojo, me enojo mucho y pierdo el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general soy obediente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo estoy preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudo a alguien si se lastima, está triste o se siente mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy todo el tiempo inquieto, me muevo demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo al menos un buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peleo mucho. Y muchas veces lo hago para obtener lo que quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general, les caigo bien a los otros niños/as de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros niños de mi edad me molestan o se burlan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo ofrezco mi ayuda (a padres, profesores, niños)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pienso las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me llevo mejor con adultos que con otros niños/as de mi edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tienes algún comentario o preocupación en particular que quieras plantear?

Por favor, da vuelta la página, hay más preguntas

En general, ¿crees que tienes dificultades en alguna de las siguientes áreas:
emociones, concentración, conducta o capacidad para relacionarte con otras personas ?

No	Si- pocas dificultades	Si- claras dificultades	Si- graves dificultades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestaste "Sí", por favor responde a las siguientes preguntas sobre estas dificultades:

- ¿Desde cuándo tienes 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"/>

- ¿Estas dificultades te preocupan o te hacen sufrir ?

No	Un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿ Repercuten estas dificultades en ...

	No	Un poco	Bastante	Mucho
COMO TE LLEVAS CON TU FAMILIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HACER Y MANTENER AMIGOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EL APRENDIZAJE O EL TRABAJO EN CLASES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUS ACTIVIDADES DE OCIO O DE TIEMPO LIBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ¿ Estas dificultades hacen que las cosas sean más difíciles para los que están a tu alrededor (tu familia, amigos, profesores etc) ?

No	Un poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma

Fecha

Muchas gracias por tu ayuda