



Ohio Mental Health Consumer Outcomes System

Ohio Youth Problem, Functioning, and Satisfaction Scales

Youth Rating – Short Form (Ages 12-18)

Y

Nombre _____ Fecha: _____ Grado: _____

ID#: _____
Completed by Agency

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Varón Mujer Raza: _____

Instrucciones: Califique 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. Meterme 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. Rehusarme a 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. Usar drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumplir las reglas o la ley (llegar después de hora, 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 quedarme quieto, tener demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Lastimarme o dañarme a mí mismo (me corto o raspo, tomo píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Hablar o pensar sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Sentir que no valgo nada o no sirvo para nada	0	1	2	3	4	5
15. Sentirme solo y no tener amigos	0	1	2	3	4	5
16. Sentirme ansioso o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Preocuparme de que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Sentirme triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas con la alimentación	0	1	2	3	4	5

(Suma las calificaciones) Total _____

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

- En general, ¿cuán satisfecho está con su vida actualmente?
 - Extremadamente satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Ligeramente satisfecho
 - Ligeramente insatisfecho
 - Moderadamente insatisfecho
 - Extremadamente insatisfecho
- ¿Con cuánta energía y salud se siente ahora?
 - Extremadamente saludable
 - Moderadamente saludable
 - Ligeramente saludable
 - Ligeramente saludable
 - Moderadamente saludable
 - Extremadamente saludable
- ¿Cuánto estrés o presión tiene en su vida actualmente?
 - Muy poco estrés
 - Un poco de estrés
 - Bastante estrés
 - Una cantidad moderada de estrés
 - Mucho estrés
 - Insoportable cantidad de estrés
- ¿Cuán optimista se siente con respecto al futuro?
 - El futuro luce prometedor
 - El futuro luce ligeramente prometedor
 - El futuro luce bastante bien
 - El futuro luce tanto bien como mal
 - El futuro luce mal
 - El futuro luce muy mal

Total: _____

Instrucciones: Marca con un círculo tu respuesta a cada pregunta.

- ¿Cuán satisfecho estás con los servicios de salud mental que has recibido hasta ahora?
 - Extremadamente satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Ligeramente satisfecho
 - Ligeramente insatisfecho
 - Moderadamente insatisfecho
 - Extremadamente insatisfecho
- ¿Cuánto eres incluido en las decisiones sobre tu tratamiento?
 - Mucho
 - Moderadamente
 - Bastante
 - Ligeramente
 - Un poco
 - En absoluto
- Los trabajadores de salud mental que participan en mi caso me escuchan y saben lo que quiero.
 - Mucho
 - Moderadamente
 - Bastante
 - Ligeramente
 - Un poco
 - Absolutamente no
- Tengo mucha decisión en cuanto a mi tratamiento.
 - Mucho
 - Moderadamente
 - Bastante
 - Ligeramente
 - Un poco
 - Absolutamente no

Total: _____

Instrucciones: Por favor califica el grado en que sus problemas afectan su actual capacidad para realizar las actividades diarias. Lee cada punto y marque con un círculo el que mejor describe su actual situación.	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 prolijo y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidarme la salud y tener buenos hábitos de salud (tomar medicamentos o lavarme los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar los 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 tareas 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 usar el dinero 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

(Suma las calificaciones) Total