



CENTER FOR CHILD
& FAMILY HEALTH

ARC Assessment Measures for CAREGIVER Ages 2 – 4

(Spanish)

Cuestionario para Cuidadores de CCFH

Este paquete contiene una encuesta que hace preguntas a los cuidadores sobre ellos mismos. Todas estas preguntas son voluntarias – completar esta encuesta es voluntario y puede omitirse cualquier ítem individual.

¿Por qué estamos solicitando esta información?

Adoptamos un enfoque de la familia para el tratamiento, lo que significa que reconocemos el papel crítico de los cuidadores. Nos asociamos con cuidadores para proveer el tratamiento de su hijo. Sabemos que los cuidadores pueden verse afectados por sus propias experiencias, incluyendo experiencias que fueron peligrosas o violentas. La crianza de los hijos es desafiante incluso en las mejores circunstancias y el bienestar del cuidador puede afectar a los niños. Deseamos asegurarnos de que los cuidadores también reciban el apoyo que necesitan.

¿Qué se hará con los resultados de esta encuesta?

Esta encuesta detecta problemas de salud y nos ayuda a saber más acerca de cómo apoyar mejor a las familias a las que servimos. El objetivo de hacer estas preguntas no es dar a los cuidadores un diagnóstico de salud mental. Si la encuesta indica que un cuidador podría beneficiarse de los servicios, conversaremos los recursos. Los cuidadores son libres de tomar sus propias decisiones sobre cualquier derivación o servicios adicionales que se les pueda ofrecer. Esta encuesta no se guardará como parte de un registro médico electrónico.

No estamos obligados a informar abuso o negligencia basados únicamente en sus respuestas a estos ítems. No obstante, si divulga una preocupación de seguridad seria para su hijo, la ley puede requerir que hagamos un informe a los Servicios de Protección Infantil.

Cuestionario para Cuidadores de CCFH

Sección 1

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
No ha sido difícil		Un poco difícil		Muy difícil
				Extremadamente difícil

Sección 2

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3
Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
No ha sido difícil		Un poco difícil		Muy difícil
				Extremadamente difícil

Cuestionario para Cuidadores de CCFH

Sección 3

Cuando era niño o adolescente, ¿experimentó alguno de los siguientes?			
1. Ser golpeado, abofeteado, asfixiado, quemado o dado una paliza por un padre o cuidador	Si	No	No seguro
2. Le han hecho o ha sido presionado a tener cualquier tipo de contacto sexual	Si	No	No seguro
3. Ser humillado, avergonzado, ignorado con frecuencia o repetidamente le dijeron que "no era bueno" por un padre o cuidador	Si	No	No seguro
4. No ser alimentado, vestido adecuadamente o ser dejado a cuidarse solo cuando era demasiado pequeño o estaba enfermo	Si	No	No seguro
5. Estar separado de los padres o cuidadores durante mucho tiempo (por ejemplo, entrar a un orfanato, ser adoptado, o ser criado por un pariente)	Si	No	No seguro
6. Fallecimiento de alguien de su familia inmediata (por ejemplo, un cuidador o hermano)	Si	No	No seguro
7. Ver violencia entre miembros de la familia (por ejemplo, golpear, patear, abofetear, pegar de puño)	Si	No	No seguro
8. Que le haya sucedido algo aterrador o violento debido a su identidad (por ejemplo, su raza/etnia, género u orientación sexual)	Si	No	No seguro
9. Tener una experiencia aterradora o violenta al inmigrar a un país nuevo o vivir en un campo de refugiados	Si	No	No seguro
10. Cualquier otra cosa que fuera aterradora, peligrosa o violenta	Si	No	No seguro

Como adulto, ¿experimentó alguno de los siguientes?			
1. Ser testigo o víctima de violencia o lesiones físicas graves	Si	No	No seguro
2. Le han hecho o ha sido presionado a tener algún tipo de contacto sexual no deseado	Si	No	No seguro
3. Ser golpeado, amenazado, insultado, o gritado por una pareja o adulto en su hogar	Si	No	No seguro
4. Que le haya sucedido algo aterrador o violento debido a su identidad (por ejemplo, su raza/etnicidad, género u orientación sexual)	Si	No	No seguro
5. Tener una experiencia aterradora o violenta al inmigrar a un país nuevo o vivir en un campo de refugiados	Si	No	No seguro
6. Fallecimiento de familia o amigos cercanos	Si	No	No seguro
7. Pérdida de un hijo (nacido, no nacido, interrupción de adopción/cuidado de crianza)	Si	No	No seguro
8. Cualquier otra cosa que fuera aterradora, peligrosa o violenta	Si	No	No seguro

Sección 4

Al pensar en el uso de drogas, incluyendo el uso de drogas ilícitas y el uso de medicamentos con receta que no sean los recetados:		
1. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o de drogas?	Si	No
2. ¿Le ha molestado que las personas le critiquen su consumo de alcohol o drogas?	Si	No
3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas?	Si	No
4. ¿Alguna vez ha tomado o usado drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o deshacerse de una resaca?	Si	No

Caregiver Screening - Section 5

	Not at all	A little	Somewhat	Moderately so	Very much so
I get/feel easily irritated with my children.	0	1	2	3	4
I feel that I am not the good caregiver that I used to be to my children.	0	1	2	3	4
I wake up exhausted at the thought of another day with my children.	0	1	2	3	4
I find joy in parenting my children.	4	3	2	1	0
I have guilt about being a working caregiver, which affects how I parent my children.	0	1	2	3	4
I feel like I am in survival model as a caregiver.	0	1	2	3	4
Parenting my children is stressful.	0	1	2	3	4
I lose my temper easily with my children.	0	1	2	3	4
I feel overwhelmed trying to balance my job and parenting responsibilities.	0	1	2	3	4
I am doing a good job being a caregiver.	4	3	2	1	0

CCFH Caregiver Questionnaire Scoring

Depression Screening- Section 1 *(Adapted from the PHQ-9: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB., 2001)*

Count the number (#) of boxes checked in a column. Multiply that number by the value indicated below, then add the subtotal to produce a total score. The possible range is 0-27.

Not at all	(#)	x0	=	
Some days	(#)	x1	=	
More than half the days	(#)	x2	=	
Nearly every day	(#)	x3	=	
Total score:				

Interpret the total score based on clinical judgement and the following guidelines:

PHQ-9 Score	Depression Severity
0-4	None-minimal
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-19	Moderately Severe
20-27	Severe

Anxiety Screening- Section 2 *(Adapted from the GAD-7: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B., 2006)*

Count the number (#) of boxes checked in a column. Multiply that number by the value indicated below, then add the subtotal to produce a total score. The possible range is 0-21.

Not at all	(#)	x0	=	
Some days	(#)	x1	=	
More than half the days	(#)	x2	=	
Nearly every day	(#)	x3	=	
Total score:				

Interpret the total score based on clinical judgement and the following guidelines:

GAD-7 Score	Anxiety Severity
0-4	None-minimal
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-21	Severe

Trauma Screening- Section 3

If caregiver endorses any trauma experience you think might have bearing on their child's treatment

- Normalize their experiences
- Check with them to see how much the experience is still bothering them- do they feel like they've gotten the help they need, or would they like additional resources?
- Offer for them to complete the PCL-C, which is a 17-item measure of PTSD symptoms
- If they would like referrals, look for providers with training on adult trauma treatment

Substance Use Screening- Section 4 *(Adapted from the CAGE-AID: Brown RL, Rounds LA. 1995)*

Two positive responses are considered a positive test and indicate further assessment is warranted.

Caregiver Burnout Screening - Section 5 (Scale Copyright, Kate Gawlik and Bernadette

Mazurek Melnyk, 2021)

Scoring:

- For all questions except items 4 and 10, use these point values:
 - Not at all = 0 points
 - A little = 1 point
 - Somewhat = 2 points
 - Moderately so = 3 points
 - Very much so = 4 points
- Questions 4 and 10 use reverse scoring. Use these point values for questions 4 and 10:
 - Not at all = 4 points
 - A little = 3 points
 - Somewhat = 2 points
 - Moderately so = 1 point
 - Very much so = 0 points
- Add all the point values together for a final score.

Interpreting the Results:

- 0-10 Points: No or few signs of burnout
- 11-20 Points: Mild burnout
- 21-30 Points: Moderate burnout
- 31+ Points: Severe burnout

PROMIS[®] Early Childhood Caregiver-Report

Social Relationships – Child-Caregiver Interactions

Please respond to each question or statement by marking one box per row.

In the past 7 days

		Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1	My child was good at expressing his/her needs to me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	My child was affectionate with me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	My child sought comfort from me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	My child came to me or other parent for help when he/she needed it	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	My child was excited to spend time with me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Scoring for PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report

To score a section of the PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report:

1. Add the points of each item in the section to get a Raw Summed Score.
2. Use the appropriate conversion table to obtain a T-Score.

Interpreting the PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report

For most PROMIS instruments, a T-Score of 50 is the average for the United States general population with a standard deviation of 10 because calibration testing was performed on a large sample of the general population.

Important: A higher PROMIS T-Score represents more of the concept being measured. Thus, a child who has a T- Score of 60 for Social Relationships is one standard deviation **better** than the general population on that concept. By comparison, a Social Relationships T-score of 40 is one SD **worse** than average.

PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report

Client Nickname: _____

Date of Administration: _____

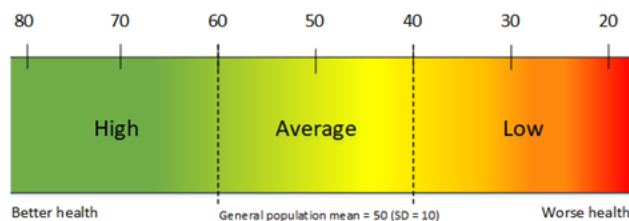
PROMIS Section	Raw Summed Score	T-Score	Interpretation
Early Childhood Social Relationships			

PROMIS Early Childhood Social Relationships Scoring

Add all the point values together for a raw score. Use the table below to find the T-score.

PROMIS Early Childhood Parent Report Bank v1.0 – Social Relationships – Child-Caregiver Interactions – Short Form 5a		
<i>Short Form Conversion Table</i>		
Raw Summed Score	T-Score	SE*
5	12.0	4.9
6	13.9	5.3
7	15.9	5.6
8	18.0	5.7
9	20.2	5.8
10	22.4	5.8
11	24.5	5.8
12	26.7	5.8
13	28.9	5.8
14	31.0	5.8
15	33.2	5.8
16	35.5	5.8
17	37.7	5.8
18	40.1	5.8
19	42.6	5.9
20	45.3	6.0
21	48.2	6.1
22	51.3	6.2
23	54.6	6.4
24	58.3	6.6

Provisional PROMIS® T-Score Cut Points



CUESTIONARIO SOBRE AFECIONES EN NIÑOS CON (PTSD) DESORDEN POST TRAUMÁTICO (YCPC)

1-6 Años (12/9/13)

Nombre _____ ID _____ Fecha _____

EVENTOS TRAUMÁTICOS

PARA CONTAR UN EVENTO, SU NIÑO DEBE HABER SENTIDO UNO DE LOS SIGUIENTES INCIDENTES:

- (1) SENTIÓ COMO SI ÉL/ELLA FUERA A MORIR, O
- (2) ÉL/ELLA TUVO UNA LESIÓN GRAVE O SENTIÓ QUE ÉL/ELLA PUDO HABER TENIDO UNA LESIÓN GRAVE, O
- (3) ÉL/ELLA VIO (1) O (2) LE PASO A OTRA PERSONA, O VIO A ALGUIEN MOIR.

	Circule 0 si esto <u>no le sucedió</u> a su niño.	Circule 1 si esto <u>sí le</u> ocurrió con su niño.	Escriba la <u>edad</u> de su niño cuando le sucedió a él/ella por la <u>primera</u> vez.	Escriba la <u>edad</u> de su niño cuando le sucedió a él/ella la <u>última</u> vez.	Escriba el <u>número de veces que esto le sucedió a su niño</u> . Si hubiera sucedido varias veces, por favor haga su mejor estimación.
1. Accidente o choque de un automóvil, avión o barco.	0	1			
2. Atacado por un animal.	0	1			
3. Desastres provocados por el hombre (incendios, guerras, etc).	0	1			
4. Desastres naturales (huracán, tornado, inundaciones).	0	1			
5. Hospitalización médica o procedimientos médicos invasivos.	0	1			
6. Abuso físico.	0	1			
7. Abuso sexual, agresión sexual, o violación.	0	1			
8. Quemadura accidental.	0	1			
9. A punto de haberse ahogado.	0	1			
10. Fue testigo <u>de que golpearan a otra persona</u> , violado, amenazado con ser dañado gravemente, de que le hayan disparado gravemente, herido o que lo hayan matado.	0	1			
11. Secuestrado.	0	1			
12. Otro:	0	1			
13. Si a su hijo/a le sucedió algo más: Escriba el número de veces que ese algo le haya sucedido y que usted piense que le hayan causado angustia a él/ella.					

FAVOR CONTINUE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

YCPC

Abajo hay una lista de síntomas que los niños pueden tener después de acontecimientos que amenazan la vida.

Pensando en TODOS los acontecimientos traumáticos que amenazan la vida en la primera página, circule el número abajo (0-4) que mejor describa con qué frecuencia el síntoma se ha presentado en las 2 semanas pasadas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días
14. ¿Tiene su niño/niña recuerdos obsesivos involuntarios del evento traumático? ¿Los expresa por cuenta propia?	0	1	2	3	4
15. ¿Representa el niño el evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes? Es decir, representa con ellos escenas parecidas al evento traumático. ¿O personifica ese evento solo o con otros niños?	0	1	2	3	4
16. ¿Está teniendo el niño más pesadillas desde que el evento traumático ocurrió?	0	1	2	3	4
17. ¿Comenzaron los sobresaltos de noche o empeoraron después de los traumas? Los sobresaltos de noche son diferentes de las pesadillas: en sobresaltos nocturnos un niño por lo general grita en su sueño, no se despierta, y no lo recuerda al día siguiente.	0	1	2	3	4
18. ¿Actúa el niño/niña como si el evento traumático estuviera ocurriéndole de nuevo, a él/ella, aun cuando no lo está? Esto es cuando el niño/niña actúan como estuvieran de nuevo en el evento traumático y no están en contacto con la realidad. Esto es bastante obvio cuando sucede.	0	1	2	3	4
19. Desde el trauma, ¿ha tenido episodios en que parece quedarse congelado? Usted puede haber tratado de despertarlo, pero no responde.	0	1	2	3	4
20. ¿Se molesta cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos?	0	1	2	3	4
Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilístico podría ponerse nervioso al viajar en coche.					
O un niño que ha estado en un huracán podría ponerse nervioso cuando llueve.					
O un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso cuando otras personas discuten. O una niña que sufrió abuso sexual podría ponerse nerviosa cuando alguien la toca.					
21. ¿Muestra su niño signos físicos de angustia cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, corazón acelerado, manos temblorosas, sudoración, falta de aire o náuseas	0	1	2	3	4
Piense en ejemplos similares a los de la pregunta #20					
22. El niño muestra persistentemente emociones negativas (miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión) lo que <u>no es</u> provocado por la exposición a los recuerdos del evento, como los de la pregunta #20.	0	1	2	3	4

FAVOR CONTINUE EN LA SIGUENTE PÁGINA . . .

0	1	2	3	4	
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días	
23. ¿Trata el niño de evitar las conversaciones que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si otras personas hablan de lo sucedido se aleja o cambia el tema.	0	1	2	3	4
24. ¿Procura el niño evitar las cosas o lugares que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilístico podría resistirse a entrar a un coche. O un niño que ha estado en una inundación podría pedirle que no cruce un puente. O un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso en la casa donde sucedió. O una niña víctima de abusos sexuales podría ponerse nerviosa cerca de la cama donde tuvo lugar el abuso.	0	1	2	3	4
25. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha perdido interés su niño en las cosas que le gustaba hacer?	0	1	2	3	4
26. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿se ha distanciado o separado más su niño de la familia, los parientes o amigos?	0	1	2	3	4
27. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿muestra su niño una grado más restringido de emociones positivas en el rostro?	0	1	2	3	4
28. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿el niño ha estado más irritable, ha tenido arrebatos de ira o ha desarrollado rabietas extremas?	0	1	2	3	4
29. ¿Ha estado “a la expectativa” de que ocurran cosas malas? Por ejemplo, mira a su alrededor en busca de peligro.	0	1	2	3	4
30. ¿Se asusta más fácilmente su niño que antes del evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si hay un ruido fuerte o alguien aparece de repente por detrás, ¿se sobresalta o asusta?	0	1	2	3	4
31. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha tenido más dificultad su niño para concentrarse?	0	1	2	3	4
32. ¿Le ha sido más difícil al niño dormir o permanecer dormindo después del evento traumático?	0	1	2	3	4
33. Desde del evento o eventos traumáticos, ¿Se ha vuelto su niño más agresivo físicamente? Por ejemplo, pega, da patadas, muerde o rompe cosas	0	1	2	3	4
34. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿el niño se ha vuelto más apegado o inseguro?	0	1	2	3	4

FAVOR SIGA LA SIGUENTE PÁGINA

0	1	2	3	4
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días

35. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha perdido su niño habilidades que había adquirido previamente? 0 1 2 3 4

Por ejemplo, ir solo el baño.

O habilidades de lenguaje.

O habilidades motoras, por ejemplo, al cerrar broches, cierres o botones.

36. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha desarrollado su niño temores nuevos sobre cosas que no parecen estar relacionadas con el trauma? 0 1 2 3 4

Por ejemplo, ir al baño solo, o miedo a la oscuridad.

DETERIORO FUNCIONAL

Indique la manera en que los síntomas mencionados anteriormente afectan el funcionamiento de su niño en las siguientes áreas.

0	1	2	3	4
Casi nunca o nunca	A veces	La mitad del tiempo	Más de la mitad Del tiempo	Todos los días

37. ¿Interfieren en forma importante los síntomas con la manera en que el niño se lleva con usted o en la relación que hay entre ustedes o hacen que usted se sienta mal o se enoje? 0 1 2 3 4

38. ¿Interfieren los síntomas con la manera en que el niño se lleva con sus hermanos, o hacen que se sientan mal o enojados? 0 1 2 3 4

39. ¿Interfieren los síntomas con el maestro o la clase más de lo habitual? 0 1 2 3 4

40. ¿Interfieren los síntomas con la manera en que su niño/niña se lleva con los amigos, ya sea en la guardería infantil, en la escuela o en el vecindario? 0 1 2 3 4

41. ¿Los síntomas de su niño/niña hacen que sea más difícil sacarlo en público que a un niño promedio? 0 1 2 3 4

¿Es más difícil salir con su niño/niña a lugares como una tienda de comestibles o un restaurante?

42. ¿Cree que estos comportamientos hacen que su niño se sienta mal? 0 1 2 3 4

version 12/9/13

© Michael Scheeringa, MD, MPH, 2010, Tulane University, New Orleans, Louisiana. mscheer@tulane.edu. Este formulario puede reproducirse y usarse de forma gratuita, pero no venderse, sin el permiso del autor.

Emotional Reactivity Scale EERBQ

For Caregivers

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree			Neutral			Strongly Agree
						1 2 3 4 5 6 7
1. My child has strong emotional reactions						<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. I find it easy to get my child to calm down						<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. My child seems more emotional than other children						<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. My child is quickly comforted by me						<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. I anticipate my child will react poorly when something upsets him/her						<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. There are specific strategies I know will work to help my child relax						<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Emotional Reactivity Scale EERBQ Scoring

Emotional reactivity – 1, 2(reverse coded), 3, 4(reverse coded), 5, 6(reverse coded)

Scoring for Emotional Reactivity Scale:

- **SUM 1** - Add the scores for items 1, 3, and 5: _____
- Reverse Code items 2, 4, and 6 by subtracting each of the item scores from the number 8:
 - $8 - (\text{score for item 2}) = \underline{\hspace{2cm}}$
 - $8 - (\text{score for item 4}) = \underline{\hspace{2cm}}$
 - $8 - (\text{score for item 6}) = \underline{\hspace{2cm}}$
- **SUM 2** - Add the reverse coded scores for items 2, 4, and 6: _____
- Get a Total Score by adding Sum 1 and Sum 2: _____