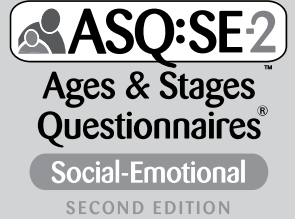




# Cuestionario de 18 meses

15 meses 0 días a 20 meses 30 días



Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_

## Información del niño/a

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido(s) del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_ Si el/la niño/a nació prematuro/a (con 3 semanas de anticipación o más), favor de escribir cuántas semanas se adelantó: \_\_\_\_\_

Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

## Persona que hace el cuestionario

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado/provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Otro # de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a:  Padre/madre  Guardián/tutor  Maestro/a  Otro: \_\_\_\_\_  
 Abuelo/a u otro pariente  Padre/madre de acogida  Proveedor de cuidado infantil \_\_\_\_\_

Nombres de las personas que ayudan a hacer el cuestionario: \_\_\_\_\_

## Información del programa

(para uso del programa exclusivamente)

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad del niño/a cuando se hizo la evaluación, en meses y días: \_\_\_\_\_

# de identificación del programa: \_\_\_\_\_ Si el/la niño/a nació prematuro/a, la edad ajustada, en meses y días: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un niño puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su niño/a. También le pedimos que marque el círculo  si ese comportamiento le preocupa a usted.

**Puntos importantes:**

- Conteste las preguntas basándose en lo que usted sabe sobre el comportamiento de su niño/a.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su niño/a muestra *regularmente* y no en el comportamiento que muestra cuando está cansado/a, enfermo/a o con hambre.
- Las personas que están a cargo del niño/a y que lo/la conocen porque pasan más de 15–20 horas por semana con él/ella, deberían hacer un cuestionario ASQ:SE-2 para ese/a niño/a.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: \_\_\_\_\_
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su niño/a o sobre este cuestionario, favor de ponerse en contacto con: \_\_\_\_\_
- Muchas gracias. Le pediremos que haga otro cuestionario ASQ:SE-2 en \_\_\_\_\_ meses.

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
1. ¿Su niño lo/la mira cuando usted le habla?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
2. Cuando usted se va, ¿su niña se queda alterada y llorando por más de una hora?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
3. ¿Su niño se ríe o sonríe cuando usted juega con él?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
4. ¿Su niña lo/la busca a usted cuando un desconocido se acerca?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
5. ¿Su niño tiene el cuerpo relajado?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
6. ¿A su niña le gusta que la abracen o la acurruquen?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
7. Cuando su niño está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de 15 minutos o menos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
8. ¿Su niña pone el cuerpo rígido y arquea la espalda cuando lo toman en brazos?	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
9. ¿Su niño llora, grita o hace berrinche por períodos largos?	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
10. ¿A su niña le interesan las cosas que la rodean, como personas, juguetes o comida?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
11. ¿Su niño repite la misma acción una y otra vez y se altera cuando usted intenta detenerlo? Por ejemplo, ¿se mece, agita las manos, da vueltas, o _____? Favor de describir qué hace su niño. _____ _____	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
12. ¿Su niña tiene problemas con la alimentación? Por ejemplo, ¿se llena la boca, vomita o come cosas que no son comida o _____? Favor de describir el problema. _____ _____	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
13. ¿Es difícil para su niño dormirse a la hora de la siesta o en la noche?	<input checked="" type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
14. ¿Usted y su niña disfrutan juntos/as de la hora de la comida?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
15. ¿Su niño duerme por lo menos 10 horas en un período de 24 horas?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
16. Cuando usted señala alguna cosa con el dedo, ¿mira su niña hacia donde usted está apuntando?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
17. ¿Su niño se estriñe o tiene diarrea?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
18. ¿Su niña le comunica cómo se siente con gestos o palabras? Por ejemplo, ¿le avisa cuando tiene hambre, se lastima o está cansada?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
19. ¿Su niño sigue instrucciones sencillas? Por ejemplo, ¿se sienta cuando se lo pide?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
20. ¿A su niña le gusta estar con familiares y amigos y jugar cerca de ellos?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
21. ¿Su niño intenta asegurarse de que usted esté cerca cuando explora nuevos lugares, como un parque o la casa de un amigo?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
22. ¿A su niña le gusta escuchar cuentos o cantar canciones?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
23. ¿Su niño se lastima a propósito?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
24. ¿A su hija le gusta estar con otros niños? Por ejemplo, ¿se mueve de un lugar a otro para acercarse o para mirar a otros niños?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
25. ¿Su niño intenta lastimar a otros niños, adultos o animales (por ejemplo, los patea o los muerde)?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

	A MENUDO O SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ O NUNCA	MARQUE AQUÍ SI ESTO LE PREOCUPA	
26. ¿Su niña intenta mostrarle cosas, señalándolas con el dedo y luego mirándolo/la a usted?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
27. ¿Su niño utiliza sonidos, palabras o gestos para hacerle saber que quiere algo (por ejemplo, extiende el brazo para intentar alcanzarlo)?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
28. ¿Su niña utiliza el juego imaginativo o de roles? Por ejemplo, ¿habla por teléfono, le da de comer a su muñeca o hace volar un avión de juguete?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
29. ¿Su niño se despierta tres veces o más durante la noche?	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____
30. ¿Su niña responde cuando usted la llama por su nombre? Por ejemplo, ¿voltea la cabeza para mirarlo/la a usted?	<input type="checkbox"/> z	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> x	<input type="radio"/> v	_____
31. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su niño? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique:  _____  _____  _____	<input type="checkbox"/> x	<input type="checkbox"/> v	<input type="checkbox"/> z	<input type="radio"/> v	_____

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES GENERALES** Use el espacio provisto aquí para hacer comentarios adicionales.

32. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de comer o dormir de su niña?  
Si es así, por favor explique:

SÍ  NO

---

---

---

33. ¿Hay algo que le preocupa de su niño? Si es así, por favor explique:

SÍ  NO

---

---

---

34. ¿Qué es lo que usted disfruta de su niña?

---

---

---

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_

# de identificación del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Persona que contestó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_ Edad ajustada del niño/a en meses y días: \_\_\_\_\_

Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_ Sexo del niño/a:  Masculino  Femenino

## 1. GRÁFICA PARA ASIGNAR PUNTAJES ASQ:SE-2:

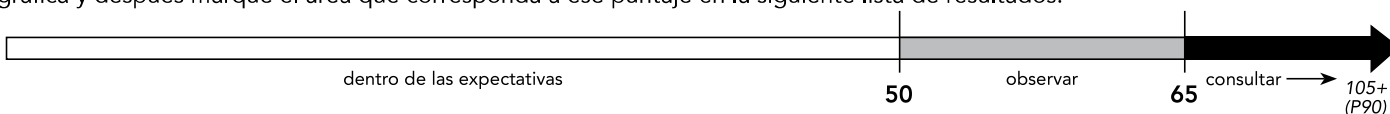
- Asigne un puntaje a cada pregunta (Z = 0, V = 5, X = 10, Preocupación = 5).
- Transfiera el total de cada página y súmelos para obtener el puntaje total.
- Anote el puntaje total del niño/a un lado del punto de corte.

PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 1	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3	
PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 4	
<b>Puntaje total</b>	

Punto de corte	Puntaje total
<b>65</b>	

## 2. CÓMO INTERPRETAR EL PUNTAJE ASQ:SE-2:

Identifique aproximadamente en dónde cae el puntaje total del niño/a en la gráfica y después marque el área que corresponda a ese puntaje en la siguiente lista de resultados:



- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área □. Está por debajo del punto de corte. El desarrollo socio-emocional del niño/a parece estar dándose dentro de las expectativas.
- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área ■. Está cerca del punto de corte. Vea cuáles son los comportamientos que son motivo de preocupación y monitoree al niño/a en estas áreas de desarrollo.
- \_\_\_ El puntaje total del niño/a cae en el área ■. Está por encima del punto de corte. Es posible que se necesite hacer evaluaciones adicionales con un profesional.

## 3. OBSERVACIONES GENERALES Y PREOCUPACIONES:

Anote las respuestas y transfiera los comentarios hechos por los padres o personas a cargo del niño/a. Las preguntas marcadas como Sí necesitarán un seguimiento.

- 1-31. ¿Se marcó como preocupación alguna de las preguntas con puntaje? **SÍ** no Comentarios:
32. ¿Preocupaciones sobre los hábitos de comer/dormir? **SÍ** no Comentarios:
33. ¿Otras preocupaciones? **SÍ** no Comentarios:

## 4. CONSIDERACIONES PARA HACER UN SEGUIMIENTO Y REFERIR A LAS FAMILIAS:

Contestar las siguientes preguntas con Sí, No o No estoy seguro(a) (S, N, NES). Ver páginas 98-103 en el ASQ:SE-2 User's Guide.

- \_\_\_ Factores de tiempo/de lugar (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es igual en la casa y en la escuela?)
- \_\_\_ Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- \_\_\_ Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del niño/a está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- \_\_\_ Factores familiares/culturales (por ej., ¿El comportamiento del niño/a es aceptable en la cultura o contexto familiar en el que está creciendo? ¿Ha habido algunas situaciones estresantes en la vida del niño/a recientemente?)
- \_\_\_ Preocupaciones de los padres (por ej., ¿Expresó alguna preocupación el padre/madre u otra persona a cargo del niño/a con respecto al comportamiento de éste?)

## 5. SEGUIMIENTO DEL ASQ:

Marcar todos los puntos que apliquen:

- \_\_\_ Dar actividades para el/la niño/a y reevaluar en \_\_\_ meses.
- \_\_\_ Compartir resultados con el proveedor primario de servicios de salud.
- \_\_\_ Dar materiales de educación para padres.
- \_\_\_ Dar información sobre clases para padres o grupos de apoyo disponibles en el área.
- \_\_\_ Pedirle a otra de las personas a cargo del niño/a (por ej., abuelo, maestra, etc.) que haga el cuestionario ASQ:SE-2. Favor de anotar el nombre de esa persona aquí: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Hacerle una evaluación de desarrollo al niño/a (es decir, ASQ-3).
- \_\_\_ Referir al niño/a a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- \_\_\_ Referir al niño/a para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_