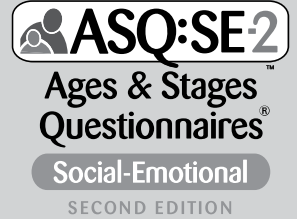




# Cuestionario de 6 meses

3 meses 0 días a 8 meses 30 días



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

## Información del bebé

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

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

Sexo del bebé:  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/la bebé:  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)

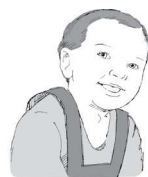
|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| # de identificación del bebé:     | Edad del bebé cuando se hizo la evaluación, en meses y días:        |
| # de identificación del programa: | Si el/la bebé nació prematuro/a, la edad ajustada, en meses y días: |
| Nombre del programa:              |   |

En las páginas siguientes, usted verá preguntas sobre comportamientos diversos que un bebé puede tener. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente y marcar el cuadro  que mejor describa el comportamiento de su bebé. 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 bebé.
- Conteste las preguntas basándose en el comportamiento que su bebé 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 bebé 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 bebé.
- Favor de completar y enviarnos este cuestionario para esta fecha: \_\_\_\_\_
- Si tiene preguntas o cualquier preocupación sobre su bebé 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. Cuando su bebé está alterado, ¿puede calmarse en un lapso de tiempo de media hora o menos?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 2. ¿Su bebé le sonríe a usted y a otros miembros de la familia?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 3. ¿A su bebé le gusta que la tomen y la sostengan en brazos?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 4. ¿Su bebé pone el cuerpo rígido y arquea la espalda cuando lo toman en brazos?  | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 5. Cuando usted le habla a su bebé, ¿lo/la mira a usted y parece que lo/la está escuchando?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 6. ¿Su bebé le avisa cuando tiene hambre o está enferma?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 7. ¿Parece que a su bebé le gusta ver o escuchar a las personas? Por ejemplo, ¿voltea la cabeza para mirar a alguien que está hablando? | <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 bebé puede calmarse por sí mismo, por ejemplo chupándose la mano o el chupón (chupete)?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 9. ¿Su bebé llora por períodos prolongados de tiempo?  | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 10. ¿Su bebé tiene el cuerpo relajado?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 11. ¿Es difícil para su bebé chupar el pecho o el biberón?   | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 12. ¿Tarda usted más de 30 minutos en darle de comer a su bebé?  | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 13. ¿Usted y su bebé disfrutan juntos/as la hora de comer (cuando le da pecho o biberón)?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 14. ¿Su bebé tiene algún problema o dificultad cuando come?<br>¿Parece que se ahoga o atraganta con la comida, vomita o _____? Favor de describir el problema.<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 15. ¿Su bebé se mantiene despierto durante el día por una hora o más a la vez?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 16. ¿Es difícil para su bebé dormirse a la hora de la siesta o en la noche?  | <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 |       |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------|
| 17. ¿Su bebé 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         | _____ |
| 18. ¿Su bebé se estríñe o tiene diarrea?   | <input type="checkbox"/> x | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> z | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 19. ¿Su bebé hace sonidos y lo/la mira a usted mientras juegan juntos?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 20. ¿Su bebé hace sonidos o usa gestos para llamar su atención?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 21. Cuando usted le sonríe a su bebé, ¿le devuelve la sonrisa?   | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 22. Cuando usted le habla o le hace sonidos a su bebé, ¿ella responde haciendo sonidos también?  | <input type="checkbox"/> z | <input type="checkbox"/> v | <input type="checkbox"/> x | <input type="radio"/> v         | _____ |
| 23. ¿Ha expresado alguien preocupación por el comportamiento de su bebé? Si usted marcó "a veces" o "a menudo o siempre", por favor explique:<br>_____<br>_____<br>_____ | <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.

24. ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de comer o dormir de su bebé?

Si es así, por favor explique:

SÍ  NO

---

---

---

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

SÍ  NO

---

---

---

26. ¿Qué es lo que usted disfruta de su bebé?

---

---

---

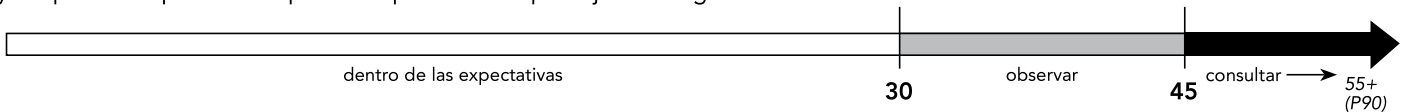
Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_  
 # de identificación del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_  
 Persona que contestó el ASQ:SE-2: \_\_\_\_\_ Edad ajustada del bebé en meses y días: \_\_\_\_\_  
 Nombre del programa/proveedor: \_\_\_\_\_ Sexo del bebé:  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 bebé a un lado del punto de corte.

|                              |  |                |               |
|------------------------------|--|----------------|---------------|
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 1 |  | Punto de corte | Puntaje total |
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 2 |  |                |               |
| PUNTAJE TOTAL DE LA PÁGINA 3 |  |                |               |
| <b>Puntaje total</b>         |  | <b>45</b>      |               |

**2. CÓMO INTERPRETAR EL PUNTAJE ASQ:SE-2:** Identifique aproximadamente en dónde cae el puntaje total del bebé en la gráfica y después marque el área que corresponda a ese puntaje en la siguiente lista de resultados:



- \_\_\_ El puntaje total del bebé cae en el área . Está por debajo del punto de corte. El desarrollo socio-emocional del bebé parece estar dándose dentro de las expectativas.
- \_\_\_ El puntaje total del bebé cae en el área . Está cerca del punto de corte. Vea cuáles son los comportamientos que son motivo de preocupación y monitoree al bebé en estas áreas de desarrollo.
- \_\_\_ El puntaje total del bebé 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 bebé. Las preguntas marcadas como SÍ necesitarán un seguimiento.

- 1-23 ¿Se marcó como preocupación alguna de las preguntas con puntaje? **SÍ** no Comentarios:
24. ¿Preocupaciones sobre los hábitos de comer/dormir? **SÍ** no Comentarios:
25. ¿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 bebé es igual en la casa y en la escuela?)
- \_\_\_ Factores del desarrollo (por ej., ¿El comportamiento del bebé está relacionado a su etapa de desarrollo o a un atraso en el desarrollo?)
- \_\_\_ Factores de salud (por ej., ¿El comportamiento del bebé está relacionado a factores biológicos o de salud?)
- \_\_\_ Factores familiares/culturales (por ej., ¿El comportamiento del bebé es aceptable en la cultura o contexto familiar en el que está creciendo? ¿Ha habido algunas situaciones estresantes en la vida del bebé recientemente?)
- \_\_\_ Preocupaciones de los padres (por ej., ¿Expresó alguna preocupación el padre/madre u otra persona a cargo del bebé con respecto al comportamiento de éste?)

**5. SEGUIMIENTO DEL ASQ:** Marcar todos los puntos que apliquen:

- \_\_\_ Dar actividades para el/la bebé 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 bebé (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 bebé (es decir, ASQ-3).
- \_\_\_ Referir al bebé a un programa de intervención temprana o de educación especial en la primera infancia.
- \_\_\_ Referir al bebé para que le hagan una evaluación socio-emocional, de comportamiento o de salud mental.
- \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_