

Edades y Etapas: Un Cuestionario Completado por los Padres para Evaluar a los Niños*
Segunda Edición

Por Diane Bricker y Jane Squires

con la ayuda de Linda Mounts, LaWanda Potter, Robert Nickel, Elizabeth Twombly, y Jane Farrell

Copyright © 1999 por Paul H. Brookes Publishing Co.

◆ **22 Meses** ◆
Cuestionario

Por favor da la siguiente información.

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento del bebé: _____

Fecha de nacimiento correctada del niño/a (si su niño/a fue prematuro,
añada el número de semanas de prematuridad a la fecha de nacimiento): _____

Día de hoy: _____

Complete este cuestionario antes de: _____

Persona llenando este cuestionario: _____

¿Cuál es su relación al bebé? _____

Su teléfono: _____

Su dirección (para correspondencia): _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Haga una lista de cualquiera otra persona que le asista en el llenar de este cuestionario: _____

Programa de administración/proveedor: _____

*Translated from the English:
*Ages & Stages Questionnaires: A Parent-Completed,
Child-Monitoring System, Second Edition*, Bricker et al.
© 1999 Paul H. Brookes Publishing Co.



A esta edad, muchos niño/as no cooperan cuando se los pide a hacer cosas. Puede darse el caso de que Ud. tenga que intentar las actividades más de una vez con su niño/a. Si es posible, vuelva a intentar las actividades cuando su niño/a coopere mejor. Si su niño/a puede hacer la actividad, pero se niega hacerla, responda afirmativamente a la pregunta.

	SÍ	A VECES	TODAVÍA NO	
COMUNICACIÓN <i>Intente hacer cada actividad con su niño/a.</i>				
1. ¿Puede decir dos o tres palabras juntas que representen ideas diferentes, como: "veo perro", "mamá llega casa" o "gatito no está"? (No cuente las combinaciones de palabras que expresen una sola idea como "se terminó", "está bien" y "¿qué es?")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Escriba un ejemplo de las combinaciones de palabras que usa:				

2. Si Ud. le señala un dibujo de una pelota (gatito, vaso, gorro, etc.) y le dice "¿qué es"? ¿puede identificar correctamente al menos un dibujo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Sin darle pistas señalándole o usando gestos, ¿puede seguir al menos tres de las siguientes instrucciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a. "Pon el juguete en la mesa".				
b. "Cierra la puerta".				
c. "Tráeme una toalla".				
d. "Busca tu abrigo".				
e. "Dame la mano".				
f. "Agarra tu libro".				
4. Al decirle que señale la nariz, los ojos, el pelo, los pies, las orejas, etc., ¿puede señalar al menos <i>siete</i> partes del cuerpo? Puede señalar en sí mismo, en Ud. o en una muñeca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. ¿Puede decir al menos 8 palabras además de "mamá" y "papá"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. ¿Puede usar correctamente al menos dos palabras como "me", "yo", "mío" o "tú"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TOTAL PARA COMUNICACIÓN				_____

MOVIMIENTOS AMPLIOS *Intente hacer cada actividad con su niño/a.*

1. Al enseñarle cómo se da una patada al balón, ¿intenta repetirlo dando una patada al balón o moviéndolo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante? o con las piernas al correr? (Si ya sabe dar una patada al balón, responda afirmativamente a la pregunta.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ¿Sabe correr bastante bien, parándose sin darse golpes o caerse?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ¿Puede bajar escaleras si Ud. lo lleva de la mano? Mire esto en otros lugares. Puede ser en una tienda, en un parque de juegos o en casa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

SÍ A VECES TODAVÍA NO

MOVIMIENTOS AMPLIOS (continuación)

4. ¿Puede subir o bajar al menos dos escalones sin ayuda? (Responda afirmativamente aunque necesite agarrarse de la pared o de la barandilla.)



5. ¿Sabe saltar levantando los dos pies del suelo a la vez?



6. Sin apoyarse en ningún objeto, ¿sabe dar una patada a un balón moviendo la pierna hacia atrás y luego hacia adelante?



*

TOTAL PARA MOVIMIENTOS AMPLIOS

*Si en los movimientos amplios marco el número 6 afirmativamente, marque el número 1 del mismo, afirmativamente también.

MOVIMIENTOS FINOS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. ¿Sabe meterse la cuchara en la boca sin que normalmente se le caiga la comida?

2. ¿Sabe colocar seis cubitos o juguetes unos encima de otros sin ayuda?

3. ¿Intenta girar la mano al intentar abrir una puerta, dar cuerda a un juguete, jugar con un trompo o poner y quitar una tapa de un frasco?

4. ¿Sabe pasar las hojas de un libro sin ayuda? (Puede pasar más de una hoja a la vez.)

5. ¿Sabe apagar y encender la luz?

6. ¿Sabe meter un cordón por el agujero de una bolita de madera o por los agujeros del zapato?



TOTAL PARA MOVIMIENTOS FINOS

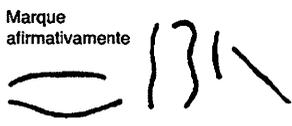
RESOLUCIÓN de PROBLEMAS Intente hacer cada actividad con su niño/a.

1. Mientras su niño/a le observa, ponga cuatro objetos, como unos cubos o unos carritos, en línea recta. ¿Le intenta imitar poniendo al menos dos objetos en línea recta? (También puede usar carretes de hilo, unas cajitas u otros juguetes.)



RESOLUCIÓN de PROBLEMAS (continuación)

SÍ A VECES TODAVÍA NO

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 2. Si quiere coger algo que no alcanza, ¿busca una silla o una caja para subirse encima para alcanzarlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. ¿Juega con objetos dándoles funciones distintas a las que realmente tienen? Por ejemplo, ¿agarra un vaso y se lo pone en la oreja jugando como si fuera un teléfono? ¿Se pone una caja en la cabeza jugando como si fuera un gorro? ¿Usa un cubito, palito o otro objeto para revolver a la comida jugando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. Después de verle a Ud. dibujar una línea de arriba abajo en la hoja de papel usando una crayola, ¿le copia intentando dibujar una línea en cualquiera dirección? (No cuente el hacer garabatos de un lado para otro.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
- Marque afirmativamente 

Marque negativamente 

TOTAL PARA RESOLUCIÓN de PROBLEMAS —

SOCIO-INDIVIDUAL Intente hacer cada actividad con su niño/a.

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. ¿Le imita haciendo las mismas actividades que Ud. hace como limpiar algo que se le ha caído, pasar la aspiradora, afeitarse o peinarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 2. Si Ud. hace algunas de los siguientes gestos, ¿le intenta imitar al menos una vez?
a. Abrir y cerrar la boca. c. Tirarse de la oreja.
b. Abrir y cerrar los ojos. d. Tocarse la mejilla. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 3. ¿Come con un tenedor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 4. ¿Sabe beber de un vaso o de una taza y bajarlo nuevamente sin que se le derrame mucho el contenido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 5. Al jugar con un mono de peluche o con una muñeca, ¿lo mece, le da de comer, le cambia los pañales, lo acuesta, etc.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |
| 6. ¿Sabe empujar un carrito de compras o un cochecito de bebé o un carrito con ruedas evitando dar golpes a las cosas y salirse de un rincón si no puede girar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | — |

TOTAL PARA SOCIO-INDIVIDUAL —

GENERAL

Padres y proveedores pueden utilizar el espacio al final o el reverso de la página.

1. ¿Cree Ud. que su niño/a oye bien? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____

2. ¿Cree Ud. que habla igual que los otros niños de su edad? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____

3. ¿Puede entender casi todo lo que su hijo le dice? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____

4. ¿Cree Ud. que camina, corre y trepa igual que los otros niños de su edad? SÍ NO
Si contesta "No", explique: _____

5. ¿Tiene cualquiera de los dos padres algún antecedente de familia con problemas de sordera durante la infancia o con cualquier otro tipo de deficiencia de los oídos? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____

6. ¿Tiene Ud. alguna preocupación sobre la vista de su niño/a? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____

7. ¿Ha tenido su niño/a algún problema médico en los últimos meses? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____

8. ¿Hay algo que le preocupe de su niño/a? SÍ NO
Si contesta "Sí", explique: _____

ASQ Sumario Informativo 22to Mes

Nombre del bebé: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Persona llenando cuestionario: _____ Fecha de nacimiento corregida: _____
 Dirección de correo: _____ Parentesco: _____
 Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de hoy: _____ Ayudantes en completar el ASQ: _____

RESUMEN: Por favor traslade las respuestas de la sección total del cuestionario tachando "sí" o "no" y reportando cualquier comentario.

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| 1. ¿Oye bien?
Comentarios: | SÍ NO | 5. Historial: ¿Hay problemas auditivos de la familia?
Comentarios: | SÍ NO |
| 2. ¿Habla como otros niños?
Comentarios: | SÍ NO | 6. ¿Preocupaciones sobre la vista?
Comentarios: | SÍ NO |
| 3. ¿Puede Ud. comprender a su niño?
Comentarios: | SÍ NO | 7. ¿Problemas médicos recientes?
Comentarios: | SÍ NO |
| 4. ¿Camina, corre, y trepa como otros niños?
Comentarios: | SÍ NO | 8. ¿Otros preocupaciones?
Comentarios: | SÍ NO |

ANOTACIÓN DEL CUESTIONARIO

- Asegúrese de que todas las cosas hayan sido contestadas. Si no cosa ser contestadas, refiérase al equivalente del average del proceso de la Guía de Uso del ASQ.
- Califique cada parte del cuestionario escribiendo el número apropiado en la línea de los totales.
 Sí = 10 A VECES = 5 TODAVÍA NO = 0
- Añada las partes calificadas de cada sección y anote esos resultados en los espacios provistos para totales.
- Indique el total del bebé en cada área, llenando los círculos apropiados en el cuadro inferior. Por ejemplo, si la anotación total para el área de comunicación fue 50, llene el círculo debajo del 50 en la primera fila.

Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
Comunicación	<input type="radio"/>												
Movimientos amplios	<input type="radio"/>												
Movimientos finos	<input type="radio"/>												
Resolución de problemas	<input type="radio"/>												
Socio-individual	<input type="radio"/>												
Total	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60

Examine los círculos llenados en cada área anterior.

- Si el total del bebé cae entre área, el bebé aparenta estar bien en esa área hasta ahora.
- Si el total del bebé cae entre área, hable con un profesional. Su bebé quizás necesite más evaluación.

OPCIONAL: Las respuestas específicas de los artículos del cuestionario pueden ser anotadas en este cuadro sinóptico.

		Tantos	Limite	Comunicación	Movimientos amplios	Movimientos finos	Resolución de problemas	Socio-individual
22 meses	Comunicación		35.0	1 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	Movimientos amplios		25.0	2 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	Movimientos finos		25.0	3 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	Resolución de problemas		25.0	4 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	Socio-individual		25.0	5 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
					6 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
				S A T	S A T	S A T	S A T	S A T

Administrador o proveedor del programa: _____