

WACB – 0 - 2

(Evaluación Semanal del Comportamiento de Niños – para 0 – 2 años)

| | | |
|-----------------|---|-----------------|
| Admin Use Only: | Check if administered by therapist <input type="checkbox"/> | Session # _____ |
|-----------------|---|-----------------|

Su Nombre _____ Parentesco con el Niño _____ Fecha de hoy ___/___/___

Nombre del Niño _____ Sexo del Niño _____ Edad del Niño _____

Instrucciones: Este formulario contiene 9 oraciones que describen el comportamiento de los niños. Para cada oración:

- a) Por favor marque el número que muestra **la frecuencia** con que su hijo se comporta de esa manera.
- b) Marque **“si” o “no”** para indicar si quisiera ver ese comportamiento cambiar.

Por ejemplo: Si su hijo raramente llora a la hora de dormir (una o dos veces), talvez elijaría 2 y seleccionaría “NO.”

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| ¿Con que frecuencia su hijo... | Nunca | | A veces | | Siempre | | ¿Cambie? | | |
| 1. Lloro a la hora de dormir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| PASO 1: | | | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---------|---|---|---------|----|-------------------------|--|
| En la semana pasada... | Nada | | | Algo | | | Muy | | ¿Esto necesita cambiar? | |
| ¿Qué tan estresante fue criar a este niño/a? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| PASO 2: | | | | | | | | | | |
| ¿Con que frecuencia su hijo... | Nunca | | | A veces | | | Siempre | | ¿Esto necesita cambiar? | |
| 1. Tiene dificultad para quedarse dormido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 2. Tiene dificultad para alimentarse, o se alborota sobre la comida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 3. Actúa malhumorado y se molesta fácilmente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 4. Tiene problemas para despertarse o permanecer despierto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 5. Tiene rabietas intensas, grita y llora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------------|-------------------------|
| 6. Mira al vacío y no responde a esfuerzos para involucrarlo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 7. Actúa extremadamente difícil de calmar o consolar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 8. Muestra desinterés por juguetes, otros niños, o animales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| 9. Parece agitado y molesto sin razón? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | Puntuaje Total (SOLO artículos 1 a 9) | /63 | /9 (1 por SI) |