

WACB – N

(Evaluación Semanal del Comportamiento de Niños – N)

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

Nombre de Evaluador _____ Parentesco con el Niño _____ Fecha ___/___/___

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

Instrucciones

Este formulario contiene 9 frases que describen el comportamiento de los niños. Para cada frase:

- a) Por favor circule el número que muestra la frecuencia con que su hijo se comporta de esa manera.
- b) Circule “sí” 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 elegiría 2 y circularía “NO.”

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

| 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 qué frecuencia su hijo... | Nunca | | A veces | | | Siempre | | ¿Esto necesita cambiar? | |
| 1. Pierde el tiempo y se tarda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 2. Tiene problemas para comportarse en la hora de comer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 3. Desobedece o se porta desafiante? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 4. Actúa enojado o agresivo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 5. Grita o chilla cuando se enoja; tiene dificultades para calmarse? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 6. Destruye/ es descuidado con las cosas de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 7. Provoca/pelea físicamente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 8. Interrumpe/busca atención? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| 9. Demasiado activo/tiene dificultad para prestar atención? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | SI | NO |
| | | | | | | | Puntuaje Total (SOLO articulos 1 a 9) | /63 | /9 (1 por SI) |

