

**CUESTIONARIO "SYMPTOM CHECK-LIST".
EVALUACION DE LOS TRASTORNOS PSICO-
FUNCIONALES DE LA PRIMERA INFANCIA***

**C. Robert-Tissot, S. Rusconi-Serpa,
J.-P. Bachmann, G. Besson, B. Cramer, D. Knauer,
M. de Muralt, F. Palacio, D.N. Stern**

En este capítulo se presenta un nuevo cuestionario¹ para la evaluación cuantitativa y cualitativa de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia desde las 6 semanas a los 30 meses. En esta franja de edad, los trastornos psicofuncionales son relativamente frecuentes y los pediatras están acostumbrados a estos problemas limítrofes con la medicina somática. Desde un punto de vista bastante ampliamente compartido, pensamos que hay una relación entre los trastornos funcionales del niño menor de tres años y las perturbaciones o conflictos relacionales entre el niño y los padres. Esta hipótesis teórica esta basada en muchos trabajos que ilustran la eficacia terapéutica, a veces espectacular, de las intervenciones funda-

*Artículo traducido con permiso de los autores. Publicado por la Ed. Es-hel y Editions Médecine et Higiène. Ginebra 1989, "La valoración de las intervenciones precoces con los bebés".

Traductor: Xabier Tapia (Psicólogo clínico) y Helena Senra (Psicólogo clínico).

¹ Nota: Este instrumento ha sido valorado en el servicio de psiquiatría infantil (Dr. B. Cramer). Instituciones Universitarias de Psiquiatría de Ginebra, y dentro del marco de un proyecto de investigación que se beneficia de una subvención del Fondo Nacional de la Investigación Científica Suiza. Deseamos agradecer a H. Shubert su inapreciable colaboración.

mentadas en el lugar y la significación que adquiere el síntoma del niño en la organización relacional padres-niños (Kreisler, Fain y Soule 1974; Kreisler, 1981; Lebovici, 1983 (a); Cramer, 1985; Cramer y Stern 1988).

Como afirma Lebovici, la psiquiatría del niño trata, en buena parte, del estudio de los trastornos psicofuncionales (Lebovici, 1983 (b)). Estos trastornos representan un problema de salud mental que hasta hoy no ha recibido toda la atención deseable. Hay numerosas preguntas que no tienen respuesta actualmente. Por ejemplo, no se conoce la naturaleza ni la incidencia ni la gravedad de los trastornos de una población que consulta en un servicio de psiquiatría infantil, en comparación con una población de la misma edad que no consulta. No se conoce ni la tasa de remisión espontánea de estos trastornos, ni su valor predictivo, y menos aún la evolución ulterior de los niños, tanto tratados como no tratados. El desplazamiento de los síntomas, tantas veces mencionado, no ha dado lugar a ninguna investigación sistemática. Finalmente, la evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas apenas si ha superado el estadio de los estudios de casos individuales. La elucidación de estos importantes temas desde diferentes ángulos (política asistencial, formación, elección de las intervenciones) depende en gran parte, de la elaboración de nuevos instrumentos de evaluación.

Por lo que respecta a los trastornos psicofuncionales de la primera infancia, se puede hacer una revisión de la literatura de la siguiente manera:

- Hasta ahora se ha hecho hincapié en la clasificación de estos trastornos, bien en términos puramente fenomenológicos (DSM-III), bien en referencia a la etiología (ICD-9 GAP), incluyendo el punto de vista del desarrollo (ROIPHE y GALENSON, 1981; MISES Y JEAMMET 1984; CALL, 1987);

- En las numerosísimas contribuciones referidas al estudio del diagnóstico y del tratamiento de síntomas particulares (cólicos, trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, etc.), se constata que los autores utilizan procedimientos elaborados para las propias necesidades de un estudio particular cuyos detalles no se han publicado. Muy a menudo, la lista de las manifestaciones sintomáticas así como la historia del trastorno son recogidas durante el transcurso de una entrevista con los padres (ver como ejemplo SAUVAGE y al., 1982; CHATOOR y al., 1987; FERBER, 1987).

Así pues, no existe, a nuestro entender, ningún instrumento publicado que permita evaluar el conjunto de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia de una forma sintética, fiable, y que permita hacer comparaciones. Precisamente, por esta razón, hemos elaborado el cuestionario “Symptom checklist”, a fin de llenar esta laguna e iniciar así estudios de evaluación, comparativos y epidemiológicos.

DESCRIPCION DEL CUESTIONARIO “SYMPTOM CHECK-LIST”

Historia del instrumento

Esta versión que publicamos aquí es el resultado de un trabajo de equipo de larga duración. Ha sido sometida a varias revisiones en función de las sugerencias, comentarios y críticas tanto de clínicos, desde su práctica, como de investigadores, desde la fase de preparación y aplicación del instrumento. Las principales discusiones se han centrado en tres puntos:

1. El número y la naturaleza de los apartados a incluir en el cuestionario a fin de cubrir los trastornos psicofuncionales observados antes de los 30 meses, sin desli-

zarse hacia el conjunto de los trastornos del comportamiento y del desarrollo propios de este periodo (por ejemplo la adquisición de la limpieza, los trastornos del lenguaje, etc.);

2. La forma de obtener informaciones precisas y comparables sin caer en un interrogatorio demasiado seco, y la forma de conseguir un equilibrio entre preguntas abiertas y preguntas cerradas, o respuestas cualitativas y respuestas cuantitativas;
3. La propia formulación de las preguntas, para que resulten accesibles para cualquier tipo de población y que sean comprendidas de manera idéntica por los diferentes usuarios.

Concepción y características generales

En cuanto a la forma, el cuestionario que proponemos se compone de diferentes tipos de preguntas. Comprende preguntas cerradas (con elección de una respuesta sobre una escala preestablecida), preguntas abiertas, preguntas de elección múltiple (número de respuestas limitado) y preguntas denominadas "cafetería" (lista de respuestas abiertas) (DE KE-TELE 1983). Las primeras evalúan la presencia, la frecuencia, la intensidad y la duración de las manifestaciones sintomáticas del niño durante las 4 últimas semanas. Los otros tres tipos de preguntas ofrecen información acerca de la historia de los trastornos, las circunstancias de aparición, las explicaciones propuestas por el entorno, las reacciones y los intentos por remediar los trastornos. La presencia de preguntas abiertas (y de elección múltiple) permite mantener el aspecto de una entrevista y posibilitan la participación de la madre. Las preguntas cerradas aseguran la recogida de datos fácilmente explotables.

En cuanto al contenido de las preguntas, resulta imposible citar todos los trabajos y contribuciones que, además de la experiencia clínica, han jugado un papel en la elaboración del cuestionario. Sin embargo quisiéramos mencionar los trabajos acerca del temperamento (CAREY, 1972), el carácter (BALLEY-GUIER, 1979) y el soporte social (STERN, no publicado).

En cuanto instrumento clínico, y en comparación con otros instrumentos de evaluación tales como la entrevista, la observación directa o los test psicológicos, la técnica del cuestionario presenta un cierto número de ventajas. En primer lugar se trata de un procedimiento simple, económico y eficaz para la recogida de información. El cuestionario proporciona un cuadro exhaustivo de una situación al tiempo que permite identificar rápidamente los problemas más destacados. Más que juicios globales lo que hace es resaltar los comportamientos específicos, máxime teniendo en cuenta que las preguntas se refieren a un periodo preciso de tiempo. Sin embargo el cuestionario nos informa tanto sobre las opiniones, creencias y actitudes de los padres como sobre sus comportamientos declarados. Por lo tanto las respuestas obtenidas reflejan a la vez tanto el comportamiento real del niño como la manera como percibido por el que responde al cuestionario (EDELBRÖCK, 1987). En este sentido, tocamos otro aspecto consciente de la representación que tienen del niño los padres o el entorno. Finalmente, el cuestionario es también un instrumento de comunicación entre profesionales en la medida en que sistematiza y resume las informaciones.

En cuanto instrumento de investigación, la técnica del cuestionario puede ser utilizada con diversos fines, para describir, predecir, evaluar (o diagnosticar) el comportamiento de un individuo o de una población, e igualmente para emitir y verificar hipótesis (DE KETELE, 1983). Tanto la validez como la fiabilidad de un cuestionario se pueden medir siguiendo los procedimientos habituales. Asimismo un cuestionario puede ser estandarizado sobre la base de muestras representativas de

una o varias poblaciones². Por otra parte, las respuestas obtenidas en el cuestionario se pueden transformar fácilmente en puntuaciones cuantitativas, lo que lo convierte en un instrumento privilegiado para la medida de los cambios en el tiempo o posteriores a una intervención. Así pues el cuestionario propuesto puede resultar útil para cualquier investigación longitudinal, epidemiológica o de evaluación de intervenciones.

Procedimiento

El procedimiento está descrito al final del capítulo, en los apéndices a y b (instrucciones). El entrevistador intenta establecer un clima de confianza con la madre. Inicialmente se interesa por lo que la madre piensa de su hijo, por lo que hace o ha hecho y por lo que ella propone como explicación de los trastornos. Intenta obtener una descripción de los hechos a fin de poder “visualizar” las situaciones problemáticas y su desarrollo. No hace referencia a normas ni da consejos, pero en caso de necesidad insiste en las diferencias interindividuales. Recuerda tantas veces como sea necesario que las respuestas deben referirse a las cuatro últimas semanas pero sin despreciar lo que la madre transmite sobre períodos anteriores.

El entrevistador plantea las preguntas en orden³ y anota las respuestas de la madre. En caso de que el niño no presente síntomas referidos a los primeros apartados y que la madre se impacienta, el entrevistador recuerda que se trata de un inventario completo y que lo que preocupa a la madre va a ser

² Paralelamente a la investigación sobre la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé; estamos realizando, en colaboración con el Servicio de Ayuda y Asistencia Comunitaria (SASCOM) de Ginebra, una investigación epidemiológica sobre la naturaleza, la incidencia y la evolución de los trastornos psicofuncionales de la primera infancia en una población Tout venant. Los datos recogidos en estas dos investigaciones van a ser utilizados para la validación del cuestionario “Symptom Check-List”.

³ Disponemos de una versión resumida del cuestionario “Symptom Check-List” para las evaluaciones post-tests

abordado en su debido momento. Cuando el síntoma principal del niño no se refiere ni al sueño ni a la alimentación, el entrevistador puede continuar libremente la investigación sobre todos aquellos aspectos no incluidos en el presente cuestionario y anotar todas las informaciones útiles.

Para facilitar las respuestas de la madre se le ofrecen tarjetas para todas las preguntas cerradas o de elección. Estas tarjetas llevan el mismo contenido que el cuestionario.

Apartados y preguntas

El cuestionario "Symptom Check-List" comprende 84 preguntas que permiten explorar los siguientes aspectos: sueño, alimentación, digestión, respiración, piel, alergias, comportamiento, miedos, separación, recurso a cuidados médicos y cambios en la vida del niño.

El reparto de las preguntas en función de los ámbitos es diferente. Refleja la distribución de los motivos de consulta registrados por el servicio de psiquiatría infantil antes del comienzo de la investigación. La alta frecuencia de niños señalados por trastornos de sueño y de la alimentación explica la investigación más detallada de estos dos apartados:

- **El sueño** (preguntas 1 a 18) cubre los trastornos a la hora de dormirse, los despertares nocturnos, los horarios y el ritmo del sueño, las siestas y el humor al despertar, el ritual en el momento de acostarse⁴, los miedos y pesadillas, así como las prácticas parentales en estas circunstancias.
- **La alimentación** (preguntas 19 a 46) se refiere al horario y a la duración de las comidas, las variaciones en cuanto a la cantidad de alimento ingerido, las preferencias y

⁴ Los rituales a la hora de dormirse recogidos en la investigación sobre la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé están siendo estudiados en colaboración con N. BAUME y J. FROIDEVEAUX (Facultad de Psicología y de las Ciencias de la Educación, Universidad de Ginebra).

los rechazos alimenticios, los rituales, las reacciones y la introducción de nuevos alimentos, las regurgitaciones y vómitos, así como los comportamientos y reacciones del entorno ante estas manifestaciones. (qué hace la madre si el niño no termina de comer, si rechaza la comida, etc.).

- **La digestión** (preguntas 54 a 58) se refiere a la frecuencia de los cólicos, dolores de vientre, estreñimiento y diarreas.
- **La respiración** (preguntas 59 a 63) se refiere a la frecuencia e intensidad de las crisis de asma, a su desarrollo y a las intervenciones consiguientes, así como al espasmo del llanto.
- **La piel** (preguntas 64 a 69) se refiere a la duración y a la intensidad de las crisis de eccema así como a las zonas del cuerpo afectadas y al tratamiento prescrito.
- **Las alergias** (pregunta 69) cubren la intensidad y la frecuencia de las alergias alimenticias, respiratorias, cutáneas u otras.
- **El comportamiento** (preguntas 71 a 76) cubre la frecuencia, la intensidad y las circunstancias de la aparición de los accesos de cólera, de los hábitos (balancearse, golpearse la cabeza, etc.), los episodios de oposición y de agresividad. Los miedos (preguntas 77 a 80) cubren la naturaleza, la frecuencia y la intensidad de los miedos, la manera en que se manifiestan y las circunstancias de aparición. Se investiga la existencia de fobias
- Hay algunas preguntas de **orden general sobre la talla y el peso** (preguntas 47 a 53) que completan la investigación de los diferentes trastornos psicofuncionales.

Hemos añadido dos apartados más. Apoyándonos en constataciones empíricas pensamos que una población clínica que consulta en un servicio de psiquiatría infantil, presenta síntomas comparables a los de una población que no consulta,

pero de la que se diferencia por el consumo elevado de cuidados médicos.

- **El recurso a los servicios médicos** (pregunta 70) podría permitir evaluar, entre otras, esta hipótesis comparando los resultados obtenidos en una población clínica (investigación sobre la evaluación de las psicoterapias breves madre-bebé) y no clínica (investigación epidemiológica). Finalmente, nos hubiese gustado tomar en consideración la red social de la familia, la ayuda que puede esperar de su entorno así como el conjunto de los factores de stress emocional y económico ligados a las circunstancias personales o familiares. Informaciones de este tipo permitirían evaluar hipótesis alternativas o complementarias en cuanto a los factores explicativos de los cambios en la relación madre-niño.
- Tanto para permanecer dentro de un límite de tiempo razonable como para no salir del tema central del cuestionario, nos hemos limitado a los **cambios de personas que se encargan del cuidado del niño, a los cambios de horarios y del marco de vida del niño** (preguntas 80 a 83).

Codificación de las respuestas

A las respuestas cerradas (en total 50) que informan sobre la frecuencia, duración, e intensidad de los trastornos psicofuncionales, se les adjudica una puntuación de 1 a 5 puntos. La nota 1 se atribuye a la ausencia (nunca o casi) de manifestaciones y a las cortas duraciones (casi enseguida). Se atribuye la nota 5 a las frecuencias elevadas (siempre o casi), a una gran intensidad y a largas duraciones. Las notas 2, 3, 4 se atribuyen a las frecuencias, intensidades y duraciones intermedias. Es preciso señalar que, dada la ausencia del valor 0, tanto la frecuencia como la intensidad de una manifestación no presentada por el niño se anotan con 1 punto cada una. Todas

las indicaciones para la transformación de las respuestas en puntuaciones numéricas se encuentran en el apéndice C, al final del capítulo.

El análisis de las puntuaciones puede ser objeto de diferentes tratamientos estadísticos: índices de tendencia central y dispersión de las puntuaciones por apartados (sueño, alimentación, etc.); índices de tendencia central y dispersión de las puntuaciones para el conjunto de respuestas al cuestionario. Se pueden realizar análisis sobre las puntuaciones obtenidas por un individuo o una muestra de individuos. Los tests de significación se aplican a la comparación de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos en diferentes evaluaciones y a la comparación de las puntuaciones obtenidas por diferentes muestras.

Las preguntas abiertas y de elección múltiple proporcionan informaciones ricas pero difíciles de sintetizar y de comparar. Su explotación sistemática exige un análisis de contenido como el que hemos mencionado a propósito de los rituales a la hora de dormirse. Dentro del marco de la investigación que estamos realizando, estas informaciones son útiles para la discusión del caso y la indicación de psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

BALLEYGUIER G.: Test pour l'évaluation du caractère de l'enfant et des attitudes éducatives de l'entourage, Issy-les-Moulineaux, ESP, 1979.

CALL J.: "Psychiatric syndromes of infancy", In Noshpitz J.: Basic handbook in child psychiatry, New York, Basic Books, 1987, vol. V p. 242-262.

CHATOOR I., DICKSON L., SCHAEFER S., EGAN J.: "A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment», In Drotal D.: New directions in failure to thrive: research and clinical practice, New York Plenum, 1985, p. 235-258.

CAREY W.B.: "Measuring infant temperament", *Pediatr.*, 1972; 81 414-430.

CRAMER B.: "Psychothérapies du nourrisson », In Lebovici S., Diatkine R, Soulé M.: "Traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent". Paris, PUF, 1985.

CRAMER B. STERN D.: " Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study", *Infant Mental Health Journal*, 1988; 9 (1): 20-45.

DE KETELE J.-M. "Méthodologie de l'observation". Louvain. laboratoire de pédagogie expérimentale, université catholique, 1983.

EDELBRÖCK C.: "Behavioral check-lists and rating scales" In Noshpitz J.: Basic handbook in child psychiatry, New York, Basic Books, 1987, vol. V, p. 153-164.

FERBER R.: Assessment procedures for diagnosis of sleep disorders in children, In Noshpitz J.: Basic handbook in child psychiatry, New York, Basic Books, 1987, vol. V, p. 185-193.

KREISLER L. FAIN M., SOULÉ M.: "L'enfant et son corps". Paris, PUF, 1974.

KREISLER L.: "L'enfant du désordre psychosomatique", Toulouse, Privat, 1981.

LEBOVICI S.: (a): "Pour une clinique de l'interaction" Perspectives psychiatriques, 1983; 90:15-21.

LEBOVICI S.: (b): "Le nourrisson, la mère et le psychanalyste: les interactions précoces", Paris, Le Centurion, 1983.

MISES R., JEAMMET P.: "La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", *Confrontations psychiatriques*, 1984; 24: 251-274.

ROIPHE H., GALENSON E.: "Infantile origins of sexual identity", International Universities Press, 1981.

SAUVAGE D., GONZALES A.M., LARMANDE C., LEDDET I., BARTHÉLEMY C.: "Les troubles fonctionnels du premier trimestre observés à l'hôpital", *Neuropsychiatr. enfance adolesc.*, 1982 ; 30 (4-5): 193-196.

APENDICE A

SYMPTOM CHECK-LIST:INSTRUCCIONES

1. OBJETIVO

Este cuestionario debe permitir disponer de un cuadro de síntomas funcionales y de su evolución para cualquier tipo de población consultante desde las 6 semanas a los 30 meses. Puede ser propuesto a la madre, o a los dos padres, o a cualquier persona que cuide al niño.

IMPORTANTE

Hay que tener presente a lo largo de la prueba, que el interés prioritario se centra en el cuadro presentado por el niño *durante el último mes*, y secundariamente en la aparición y en las manifestaciones de síntomas anteriores. Por tanto las anotaciones cuantitativas deben siempre referirse al último mes.

Recordar que no se trata tanto de aprehender una realidad objetiva ej.: dificultades para dormirse, alimentación insuficiente...) sino de saber cómo percibe la madre la salud y el comportamiento de su hijo.

2. PROCEDIMIENTO GENERAL

- Este cuestionario en la medida de lo posible, debe administrarse de una vez. (Duración aproximada 45 minutos). Puede administrarse en presencia del niño o sin él.
- Las preguntas se hacen en el orden indicado. El entrevistador lee las preguntas y apunta él mismo las respuestas de la madre.
- A cada pregunta con un número romano en el margen, le corresponde una tarjeta en la que la madre elige su respuesta. (Respuesta cuantitativa de 1 a 5)
- Para cierto número de preguntas (9a, 14, 22, 23a, 23b, 25, 27, 32, 32a, 34b, 62, 77a, 77b) en las que las madres deben elegir entre varias posibilidades o indicar lo que hacen más a menudo, se les proponen tarjetas para facilitarles sus respuestas.

- Para las preguntas abiertas (Por ejemplo 4, 28, 72, 73) intentar conseguir una descripción detallada que pueda “visualizarse” y anotar lo más fielmente posible las palabras exactas de la madre.
- Las preguntas 12* y 35* las rellena el entrevistador inmediatamente después de la entrevista, sobre la base de a las respuestas a las preguntas 4, 9, 10, 11, 12, 19, 21, 28, 34, 35 y de su impresión general.

3. CONSIGNA

INICIO

“Le voy a hacer algunas preguntas concretas sobre la salud y el comportamiento de su hijo, referidas a diferentes aspectos de la vida de un bebé. (sueño, alimentación, etc.)”.

PRESENTACION DE LAS TARJETAS DE ELECCION

(tarjetas1-5)

Mostrar a la madre la Tarjeta I y explicar el *principio* de correspondencia entre las cifras y las respuestas, subrayando la posibilidad de 2 *respuestas intermedias*. Indicar que se sigue el mismo principio para otras preguntas.

APENDICE B

Nombre y apellidos:.....

Código:..... Evaluación:.....

Fecha nacimiento:..... Fecha evaluación:.....

Edad:..... Evaluador:.....

SYMPTOM CHECK-LIST*

(F.- 2.89)

EVALUACION DE LOS TRASTORNOS PSICOFUNCIONALES DE LA PRIMERA INFANCIA

SUEÑO

1. *Acuesta* a su hijo/a siempre a la misma hora, tenga sueño o no, en el último mes?

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | 1/4 de hora arriba-abajo |
| 2 | |
| 3 | hora arriba-abajo |
| 4 | |
| 5 | más de 1 hora arriba-abajo |

2. Cuando acuesta a su hijo/a por la noche, *¿le cuesta dormirse?*

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Todas o casi todas las noches. |
| 2 | |
| 3 | Una noche cada dos |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca. |

* Cuestionario "Symptom Check-List". Evaluación de los trastornos funcionales en la primera infancia. Autores: C. Robert-Tissot, S. Rusconi-Serpa, J.-P. Bachmann, G. Besson, B. Cramer, D. Knauer, M. de Muralt, F. Palacio, D.N. Stern.

3. ¿Por qué le cuesta dormirse a su hijo/a, según Vd.?

.....

4. A menudo los niños tienen un pequeño “*ceremonial*” para meterse en la cama y dormirse (por ejemplo cantar una canción, dejar la puerta entreabierta, etc.). Si es el caso de su hijo/a ¿puede describir cómo hace al acostarse?

.....

- 4a. ¿Cuándo ha comenzado el ceremonial?

.....

- 4b. ¿Se ha modificado el ceremonial y cómo?

.....

5. ¿Tiene la impresión de que su hijo/a *tiene miedos* en el momento de acostarse o dormirse durante el último mes?

1	Todas o casi todas las noches
2	
3	Una noche cada dos
4	
5	Nunca o casi nunca

II

- 5a. ¿Tiene idea de qué tiene miedo su hijo/a?

.....

- 5b. ¿Cómo lo manifiesta?

.....

- 5c. ¿Cuándo han comenzado los miedos?

.....

6. ¿Ha tenido su hijo/a *pesadillas* por la noche durante el último mes?

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1 | Todas o casi todas las noches |
| 2 | |
| 3 | Una noche cada dos |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca |

II

6a. ¿Cómo ocurre?

.....

7. ¿Se *despierta* su hijo/a por la noche durante el último mes?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Siempre o casi siempre |
| 2 | |
| 3 | Una vez cada dos noches |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca |

III

8. En una noche corriente, ¿cuántas veces de despierta su hijo/a como promedio durante el último mes?

veces por noche.

9. Los padres tienen a menudo “trucos” para *volver a dormir* a su hijo/a, como por ejemplo cantar una canción, dar el chupete o reprender suavemente. ¿Qué hace Ud?

.....

9a. En la lista de abajo, ponga 1 delante de lo que hace Vd. más a menudo, después 2, etc., luego tache lo que no hace nunca.

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Dar el chupete |
| <input type="checkbox"/> | Acunar |
| <input type="checkbox"/> | Reprender suavemente |
| <input type="checkbox"/> | Dar el biberón / el pecho |
| <input type="checkbox"/> | Cantar una canción |
| <input type="checkbox"/> | No hacer nada y esperar |
| <input type="checkbox"/> | Meterlo a la cama de los padres |
| <input type="checkbox"/> | Hablarle en tono enfadado |
| <input type="checkbox"/> | Jugar |
| <input type="checkbox"/> | Dar golpecitos |
| <input type="checkbox"/> | Acariciar |
| <input type="checkbox"/> | Otros |

10. Cuando su hijo/a se *despierta* (durante la noche o en los períodos habituales de sueño) ¿le ocurre tener que hacer algo para que se vuelva a dormir?

1 Siempre o casi siempre

2

- III 3 Una vez o cada dos noches

4

5 Nunca o casi nunca

11. ¿Cuánto *tiempo* necesita su hijo/a, en general, para volver a dormirse cuando se despierta por la noche?

1 Casi enseguida

2 Alrededor de 15 minutos

- IV 3 Alrededor de 30 minutos

4 Alrededor de 1 hora

5 Más de 1 hora

12. Ciertos niños tienen un despertar “difícil”; se ponen de mal humor, re-funfuñan, lloran. ¿Es el caso de su hijo/a?.

1 Cada despertar o casi

2

- III 3 Una vez o cada dos

4

5 Nunca o casi nunca

12a. Si es el caso de su hijo/a, ¿suele pasar?

.....

12b. ¿Por qué según Ud?

.....

12c. ¿En qué despertares es más frecuente?

.....

- 12*. Evaluación del sistema madre-niño a propósito del sueño (a rellenar sobre la base de las preguntas 4, 9, 10, 11, 12).

Variaciones dentro la normalidad	
Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea	
Sistema francamente disfuncional	

13. ¿Su hijo/a duerme la *siesta* durante el último mes?

EN CASA		EN LA GUARDERIA		
VIII	<input type="checkbox"/> 1	Todos los días	<input type="checkbox"/> 1	Todos los días
	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	Uno cada dos.	<input type="checkbox"/> 3	Uno cada dos.
	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.

13a. Si su hijo/a duerme la siesta, ¿cuánto dura por termino medio?.

EN CASA		EN LA GUARDERIA		
V	<input type="checkbox"/> 1	Al rededor de media hora	<input type="checkbox"/> 1	Al rededor de media hora
	<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 2	
	<input type="checkbox"/> 3	Casi 1 hora.	<input type="checkbox"/> 3	Casi 1 hora.
	<input type="checkbox"/> 4		<input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 5	Más de 1 hora	<input type="checkbox"/> 5	Más de 1 hora

13b. Si no, ¿cuánto tiempo hace que su hijo/a no echa ya la siesta?

.....

.....

14. ¿En qué habitación *duerme su hijo/a por la noche* durante el último mes?

- Una habitación con un hermano o hermana
- En la habitación de los padres
- En el salón.
- En su propia habitación
- En la cocina
- En el hall

15. Si salen de casa, (vacaciones, visitas), ¿su hijo/a se acuesta y duerme como en casa?

- Sí
- No

15a. Si no es así, ¿qué suele pasar?

.....

.....

16. ¿Señale las horas durante las cuales su hijo/a está habitualmente dormido durante el último mes?

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

EN CASO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

17. ¿Desde cuándo tiene problemas de sueño su hijo/a?

.....

17a. ¿Cómo han comenzado los problemas?

.....

18. Estos problemas, ¿son importantes ciertos días de la semana?

.....

ALIMENTACION

19. Durante el último mes, su hijo/a come en general

- Demasiado.
 Más o menos suficiente.
 Demasiado poco.

20. ¿Señale las *horas* en las que su hijo/a es alimentado durante el último mes?

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	---	---	---	---	---

21. ¿Cuál es la duración aproximada de la comida (principal).

- Entre 5 y 30 minutos
 Entre 30 y 60 minutos
 Menos de 5 ó más de 60 minutos

22. He aquí algunas *maneras* que tienen los niños de alimentarse. ¿Cuál es la más parecida a lo que hace su hijo/a durante el último mes?

- Come casi siempre la misma cantidad
 Come cantidades muy variables de una comida a otra
 Por temporadas las cantidades son regulares y por temporadas variables

23a. ¿Da de comer o biberón a su hijo/a entre las comidas?

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |
| <input type="checkbox"/> | A menudo |
| <input type="checkbox"/> | Algunas veces |
| <input type="checkbox"/> | Nunca |

23b. ¿En qué circunstancias?

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cuando grita |
| <input type="checkbox"/> | Cuando se aburre. |
| <input type="checkbox"/> | Para distraerle de algo |
| <input type="checkbox"/> | Durante las comidas de la familia |
| <input type="checkbox"/> | Para no ser molestado |
| <input type="checkbox"/> | Como recompensa |
| <input type="checkbox"/> | Como juego |
| <input type="checkbox"/> | Otros |

24. ¿Quién da generalmente de comer a su hijo/a durante el último mes?

.....

.....

25. ¿Qué hace su hijo/a si es la hora de comer y no se ocupan todavía de darle su comida? Da a entender que tiene hambre?, ¿cómo?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Grita vigorosamente, patalea y está rabioso. |
| <input type="checkbox"/> | Llora con insistencia |
| <input type="checkbox"/> | Llora un poco |
| <input type="checkbox"/> | Llama y gime |
| <input type="checkbox"/> | No hace nada |
| <input type="checkbox"/> | Dice que tiene hambre |

26. Durante el último mes, ¿su hijo/a es alimentado únicamente por la persona que se ocupa de él, o *participa* también él de una manera u otra en la comida?

- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |

27. Su hijo/a participa de alguna manera en su comida. (Respuesta a elegir):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Sosteniendo su biberón |
| <input type="checkbox"/> | Bebiendo del vaso o la taza |
| <input type="checkbox"/> | Tomando la cuchara ya llena para llevarla a su boca |
| <input type="checkbox"/> | Comiendo él solo con la cuchara |
| <input type="checkbox"/> | Comiendo con sus dedos |

28. Algunos niños tienen necesidad de un cierto “ceremonial” para comer, por ejemplo “hacer el avión”, “una cuchara para papá, una para mamá” “en una postura determinada”, etc. Si es el caso de su hijo, ¿puede describir qué ocurre?

.....

.....

29. Este ceremonial debe ser utilizado:

- En todas las comidas; si no, no come
- Únicamente en la comida principal
- De vez en cuando, para jugar

30. ¿Su hijo/a come de todo?

- Sí
- No

31. Si tiene *preferencias alimentarias*, ¿puede describirlas brevemente?

.....

.....

32. He aquí algunas maneras que tienen los niños de reaccionar a la introducción de *nuevos alimentos* (zumos, purés, papillas, verduras, etc.). ¿Cuál es la más parecida a las reacciones habituales de su hijo/a?

- 1 Traga todo sin rechistar
- 2 La primera vez, hace muecas, escupe la comida, pero después de algunos intentos se acostumbra.
- 3 Incluso tras varios intentos continua rechazando gran parte de los nuevos alimentos

- 32a. Cómo ha reaccionado:

- Al paso de pecho / biberón
- Al primer líquido (zumo de naranja)
- Al primer sólido (papilla).
- A los sólidos no familiares (verduras, carnes).

(Por cada apartado escoger entre las reacciones 1 ,2 y 3).

- 1 Traga todo sin rechistar
- 2 La primera vez hace muecas, escupe la comida, pero después de algunos intentos se acostumbra.
- 3 Incluso tras varios intentos continua rechazando la mayor parte de los nuevos alimentos

33. ¿Su hijo/a rechaza la comida?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

33a. RECHAZA LOS LIQUIDOS

33b RECHAZA LOS SOLIDOS

VI	1	Cada comida o casi	1	Cada comida o casi
	2		2	
	3	Una comida cada dos	3	Una comida cada dos
	4		4	
	5	Nunca o casi nunca	5	Nunca o casi nunca

34a. ¿Insiste Vd. para que *termine* su biberón o su comida?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

34b. ¿Qué hace cuando su hijo/a rechaza comer, o come verdaderamente *demasiado poco*? Ponga 1 delante de lo que hace más a menudo, 2 detrás de lo siguiente, etc. Tache lo que no hace nunca.

<input type="checkbox"/>	Hacer varias pausas durante la comida
<input type="checkbox"/>	Intentar distraer al niño y darle de comer jugando
<input type="checkbox"/>	Forzarle de vez en cuando a abrir la boca
<input type="checkbox"/>	Pillarle por sorpresa
<input type="checkbox"/>	Pedir a otra persona (padre, hermano) que le dé
<input type="checkbox"/>	Dejarlo solo delante de su plato hasta que lo termine
<input type="checkbox"/>	Reprenderlo bastante severamente
<input type="checkbox"/>	Prometerle un pequeño premio
<input type="checkbox"/>	Advertirle que será castigado

34c. Si Ud. insiste, en caso de dificultad para que el niño coma, ¿qué pasa?, ¿cómo reacciona el niño?

.....

.....

35. ¿Qué le parece a Vd. el momento de la comida con su hijo/a?

<input type="checkbox"/>	Un rato agradable
<input type="checkbox"/>	Un rato desagradable
<input type="checkbox"/>	Un momento como otro cualquiera

35a. ¿Puede describir la peor comida durante el último mes?

.....

.....

35*. Evaluación del sistema madre-niño a propósito de la alimentación (a rellenar sobre la base de las preguntas 19, 21, 28, 33, 34, 35).

Variaciones dentro la normalidad	
Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea	
Sistema francamente disfuncional	

36. Su hijo/a, ¿*mete cosas inhabituales* en la boca?

- Sí
 No

Si es así ¿Cuáles?¹

.....

44. ¿Su hijo/a *regurgita o escupe* durante la comida?

- 1 En todas las comidas o casi
 2
VI 3 Una vez cada dos
 4
 5 Nunca o casi nunca

45. ¿Su hijo/a *vomita* durante las comidas?

- 1 En todas las comidas o casi
 2
VI 3 Una vez cada dos
 4
 5 Nunca o casi nunca

46. ¿Su hijo/a *guarda* la comida un cierto tiempo en la boca, o la vuelve a subir (mericismo)?

- Sí
 No

¹ NOTA DEL EDITOR: El cuestionario inicial pasa de esta cuestión a la n.º 44.

47. Peso de nacimiento
48. Peso actual.....
49. Talla al nacer
50. Talla actual.....
51. ¿Gana peso regularmente?
- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |
52. ¿Tiene problemas de peso?
- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |
53. ¿Va aumentando su altura regularmente?
- | | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Sí |
| <input type="checkbox"/> | No |

DIGESTION

54. ¿Su hijo/a tiene *dolor de tripas* durante o después de las comidas?
- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | En todas las comidas o casi |
| 2 | |
- VI
- | | |
|---|--------------------|
| 3 | Una vez cada dos |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca |
55. ¿Su hijo/a llora como si tuviera *dolor de tripas* durante y después de una comida y especialmente por la tarde?
- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | En todas las comidas o casi |
| 2 | |
- VI
- | | |
|---|--------------------|
| 3 | Una vez cada dos |
| 4 | |
| 5 | Nunca o casi nunca |
56. ¿Su hijo/a es *estreñado*?
- | | |
|---|-------------------|
| 1 | Muy a menudo |
| 2 | Bastante a menudo |
- VII
- | | |
|---|--------------------|
| 3 | De vez en cuando |
| 4 | Raramente |
| 5 | Nunca o casi nunca |

57. ¿Su hijo/a tiene diarrea?

- | | | |
|-----|---|--------------------|
| VII | 1 | Muy a menudo |
| | 2 | Bastante a menudo |
| | 3 | De vez en cuando |
| | 4 | Raramente |
| | 5 | Nunca o casi nunca |

58. Las diarreas duran en general.

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 día |
| <input type="checkbox"/> | 2-3 días |
| <input type="checkbox"/> | 1 semana o más |

RESPIRACION

59. ¿Su hijo/a tiene *asma*?

- | | | |
|------|---|--------------------|
| VIII | 1 | Muy a menudo |
| | 2 | |
| | 3 | De vez en cuando |
| | 4 | |
| | 5 | Nunca o casi nunca |

60. Las crisis son:

- | | | |
|----|---|------------------------|
| IX | 1 | Muy intensas. |
| | 2 | |
| | 3 | Medianamente intensas. |
| | 4 | |
| | 5 | Poco intensas. |

61. ¿Puede describirnos qué ocurre en una crisis?

.....

.....

62. Las crisis terminan generalmente con:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tratamiento en el hospital |
| <input type="checkbox"/> | Tratamiento médico en casa |
| <input type="checkbox"/> | Otro tratamiento en casa |
| <input type="checkbox"/> | Sin tratamiento |

63. ¿Le ocurren a su hijo/a ataques en los que *retiene la respiración* y/o cambia de color o pierde el conocimiento?

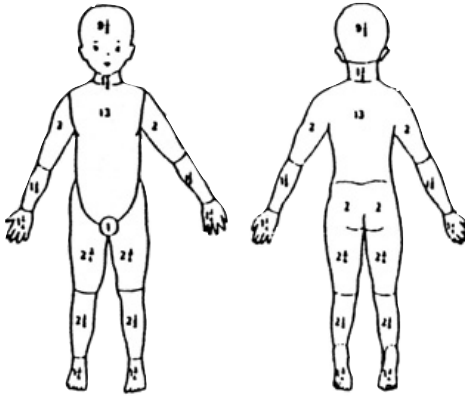
- | | | |
|------|---|--------------------|
| VIII | 1 | Muy a menudo |
| | 2 | |
| | 3 | De vez en cuando |
| | 4 | |
| | 5 | Nunca o casi nunca |

PIEL

64. ¿Su hijo/a tiene *eczema*?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

65. Si es así, indique sobre los dos esquemas de abajo la(s) zona(s) del cuerpo habitualmente afectada(s).



66a. ¿Cuál es la duración de las crisis de *eczema*?

1	1 ó 2 días
2	
3	Alrededor de una semana
4	
5	Crónica

67b. ¿Cuál es la intensidad de estas crisis?

	1	Fuerte
	2	
X	3	Media
	4	
	5	Débil

68. ¿La toma de medicamentos ha sido necesaria durante el último mes?

1	No medicación
2	
3	Pequeños medicamentos
4	
5	Cortisona, antibióticos

ALERGIAS

69. ¿Su hijo/a tiene *alergias*?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Para cada alergia señalada, evaluar la intensidad y frecuencia de las manifestaciones:

69a ALIMENTACION		69b RESPIRATORIAS		69c CUTANEAS		69d OTRAS	
1	Fuerte	1	Fuerte	1	Fuerte	1	Fuerte
2		2		2		2	
3	Media	3	Media	3	Media	3	Media
4		4		4		4	
5	Ligera	5	Ligera	5	Ligera	5	Ligera

X

RECURSO A SERVICIOS MEDICOS

70. ¿Cuántas veces ha consultado en el último mes a un médico por las razones siguientes:

	A Tratamiento SIN medicación	B Tratamiento CON medicación	C Hospita- lización	D Régimen alimenticio	OTROS
Sueño					
Alimentación					
Digestión					
Asma					
Piel					
Alergias					
Control de rutina					
Accidentes					
Enfermedades benignas					
Enfermedades sin diagnóstico					

Indique en la columna correspondiente el número de consultas para cada apartado.

COMPORTAMIENTO

71. Durante las 4 últimas semanas, ¿su hijo ha tenido *crisis de cólera*?

71a FRECUENCIA

VII	1	Muy a menudo
	2	Bastante a menudo
	3	De vez en cuando
	4	Raramente
	5	Nunca o casi nunca

71b INTENSIDAD

X	1	Fuerte
	2	
	3	Media
	4	
	5	Débil

72. ¿En qué circunstancias se manifiestan estas crisis?

.....

.....

73. Si su hijo/a tiene ciertas costumbres que le inquietan (por ejemplo balancearse, golpearse la cabeza) ¿puede describirnos éste o estos comportamientos?

.....

.....

74. Durante estas cuatro últimas semanas, ¿su hijo/a ha tenido esta costumbre?

	74a FRECUENCIA		74b INTENSIDAD																				
VII	<table border="1"><tr><td>1</td><td>Muy a menudo</td></tr><tr><td>2</td><td>Bastante a menudo</td></tr><tr><td>3</td><td>De vez en cuando</td></tr><tr><td>4</td><td>Raramente</td></tr><tr><td>5</td><td>Nunca o casi nunca</td></tr></table>	1	Muy a menudo	2	Bastante a menudo	3	De vez en cuando	4	Raramente	5	Nunca o casi nunca		<table border="1"><tr><td>1</td><td>Fuerte</td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Media</td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Débil</td></tr></table>	1	Fuerte	2		3	Media	4		5	Débil
	1	Muy a menudo																					
	2	Bastante a menudo																					
	3	De vez en cuando																					
	4	Raramente																					
5	Nunca o casi nunca																						
1	Fuerte																						
2																							
3	Media																						
4																							
5	Débil																						
		X																					

75. Durante las cuatro últimas semanas, ¿su hijo/a ha tenido momentos de *oposición y negativismo*?

	75a FRECUENCIA		75b INTENSIDAD																				
VII	<table border="1"><tr><td>1</td><td>Muy a menudo</td></tr><tr><td>2</td><td>Bastante a menudo.</td></tr><tr><td>3</td><td>De vez en cuando.</td></tr><tr><td>4</td><td>Raramente.</td></tr><tr><td>5</td><td>Nunca o casi nunca.</td></tr></table>	1	Muy a menudo	2	Bastante a menudo.	3	De vez en cuando.	4	Raramente.	5	Nunca o casi nunca.		<table border="1"><tr><td>1</td><td>Fuerte</td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Media.</td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Débil.</td></tr></table>	1	Fuerte	2		3	Media.	4		5	Débil.
	1	Muy a menudo																					
	2	Bastante a menudo.																					
	3	De vez en cuando.																					
	4	Raramente.																					
5	Nunca o casi nunca.																						
1	Fuerte																						
2																							
3	Media.																						
4																							
5	Débil.																						
		X																					

76. Durante las cuatro últimas semanas ¿su hijo/a ha tenido momentos de *agresividad*?

- Con Ud., o la familia;
- Con otros niños.

	76a FRECUENCIA		76b INTENSIDAD																				
VII	<table border="1"><tr><td>1</td><td>Muy a menudo</td></tr><tr><td>2</td><td>Bastante a menudo.</td></tr><tr><td>3</td><td>De vez en cuando.</td></tr><tr><td>4</td><td>Raramente.</td></tr><tr><td>5</td><td>Nunca o casi nunca.</td></tr></table>	1	Muy a menudo	2	Bastante a menudo.	3	De vez en cuando.	4	Raramente.	5	Nunca o casi nunca.		<table border="1"><tr><td>1</td><td>Fuerte</td></tr><tr><td>2</td><td></td></tr><tr><td>3</td><td>Media.</td></tr><tr><td>4</td><td></td></tr><tr><td>5</td><td>Débil.</td></tr></table>	1	Fuerte	2		3	Media.	4		5	Débil.
	1	Muy a menudo																					
	2	Bastante a menudo.																					
	3	De vez en cuando.																					
	4	Raramente.																					
5	Nunca o casi nunca.																						
1	Fuerte																						
2																							
3	Media.																						
4																							
5	Débil.																						
		X																					

MIEDOS /TIMIDEZ

77. ¿Su hijo/a tiene miedos?

	VII 77a FRECUENCIA	X 77b INTENSIDAD
La noche, la oscuridad		
Ciertos animales		
Máquinas.		
Ruidos repentinos		
Personas extrañas		
Situaciones nuevas		
Soledad		
Otros		

78. Por cada respuesta afirmativa a la cuestión 77, puede indicar *desde cuándo* ha aparecido ese miedo, *cómo se manifiesta* y *qué hace* Ud. en esta situación.

a) ¿Desde cuándo?

¿Manifestación?

¿Intervención?

b) ¿Desde cuándo?

¿Manifestación?

¿Intervención?

c) ¿Desde cuándo?

¿Manifestación?

¿Intervención?

79. ¿Fobia con evitación sistemática de situaciones?

Sí
 No

80. Durante las cuatro últimas semanas, ¿su hijo/a ha tenido momentos de *timidez o de rechazo del contacto*?

80a FRECUENCIA

VII	1	Muy a menudo
	2	Bastante a menudo.
	3	De vez en cuando.
	4	Raramente.
	5	Nunca o casi nunca.

80b INTENSIDAD

X	1	Fuerte
	2	
	3	Media.
	4	
	5	Débil.

SEPARACION

81. ¿Su hijo/a tiene *dificultades de separación*? (precisar las circunstancias y la época de aparición).

81a FRECUENCIA

VII	1	Muy a menudo
	2	Bastante a menudo.
	3	De vez en cuando.
	4	Raramente.
	5	Nunca o casi nunca.

81b INTENSIDAD

X	1	Fuerte
	2	
	3	Media.
	4	
	5	Débil.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CAMBIOS

82. Durante el último mes, ¿ha habido algún cambio de personas que se encargan regularmente de las siguientes actividades de su hijo/a? En caso de cambio, ponga una X en la casilla correspondiente.

	CAMBIOS	OBSERVACIONES
Dar el desayuno		
Dar la comida		
Dar la merienda		
Dar la cena		
Meter a la cama		
Despertarle y levantarle de la cama		
Ir a ver si se despierta		
Bañarle		
Vestirle		
Desvestirle		
Leerle cuentos		
Jugar con él		
Pasear con él		

83. Durante el último mes, ¿ha habido cambios de horario para las actividades siguientes? En caso de cambio, ponga una X en la casilla correspondiente.

	CAMBIOS	OBSERVACIONES
La hora del desayuno		
La hora de la comida		
La hora de la cena		
La hora de la merienda		
La hora de despertarse		
La hora de acostarse		
La hora del baño		
La hora de la siesta		
La hora de los juegos		
La hora del paseo		

84. ¿Durante el último mes ha habido *cambios en el entorno* del niño en las situaciones siguientes? En caso de cambio, ponga una X en la casilla correspondiente.

	CAMBIOS	OBSERVACIONES
La cama donde niño duerme el niño		
La habitación donde duerme		
La cama o la habitación donde echa la siesta		
La habitación donde juega		
La habitación donde es cambiado		
La casa donde vive		
La habitación donde come		
El lugar de los juegos fuera de casa		
Las personas que viven en la misma casa		

APENDICE C

2	LE CUESTA DORMIRSE	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
5	MIEDOS AL ACOSTARSE	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
6	PESADILLAS	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
7	DESPERTARES NOCTURNOS (en las últimas 4 semanas)	PUNTUACION
1	Todas o casi todas las noches.	5
2		4
3	Una noche cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
8	NUMERO DE DESPERTARES POR NOCHE	PUNTUACION
	0 Veces.	1
	1 vez de cuando en cuando.	2
	1 - 2 veces.	3
	2 -3 veces.	4
	3 veces o más	5

11	TIEMPO PARA VOLVERSE A DORMIR	PUNTUACION
1	Casi enseguida	1
2	Alrededor de 15 minutos	2
3	Alrededor de 30 minutos	3
4	Alrededor de 1 hora.	4
5	Más de una hora.	5

12	DESPERTAR DIFICIL	PUNTUACION
1	Cada despertar o casi.	5
2		4
3	Una vez o o cada dos	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

12*	SISTEMA MADRE-HIJO (evaluar a partir de las preguntas 4, 9, 10, 11, 12).	PUNTUACION
	Variaciones dentro de la norma.	1
	Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea.	3
	Sistema francamente disfuncional	5

ALIMENTACION

19	CANTIDAD	PUNTUACION
	Demasiado.	5
	Más o menos suficiente.	1
	Demasiado poco.	5

21	DURACION DE LA COMIDA	PUNTUACION
	De 5 a 30 minutos.	1
	De 30 a 60 minutos.	3
	Más de 60 minutos o menos de 5	5

29	FRECUENCIA DEL CEREMONIAL (Condición necesaria)	PUNTUACION
	En todas las comidas	5
	Unicamente en la comida principal.	3
	De vez en cuando para jugar	1

33a	RECHAZO A BEBER LIQUIDOS	PUNTUACION
1	Cada comida o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

33b	RECHAZO A COMER SOLIDOS	PUNTUACION
1	Cada comida o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

35	COMIDA PERCIBIDA COMO	PUNTUACION
	Un rato desagradable	5
	Un rato agradable	1
	Un rato como los demás.	1

35*	SISTEMA MADRE-HIJO (evaluar a partir de las preguntas 19, 21, 28, 34 y 35)	PUNTUACION
	Variaciones dentro de la norma.	1
	Tensiones importantes, con una cierta disarmonía en la regulación de la tarea.	3
	Sistema francamente disfuncional	5

45	VOMITOS	PUNTUACION
1	En todas las comidas o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

DIGESTION

54	DOLOR DE TRIPAS	PUNTUACION
1	En todas las comidas o casi	5
2		4
3	Una comida cada dos.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
56	ESTREÑIMIENTO	PUNTUACION
1	Muy a menudo.	5
2		4
3	De vez en cuando.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
57	DIARREA	PUNTUACION
1	Muy a menudo.	5
2		4
3	De vez en cuando.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1

RESPIRACION

59	ASMA, FRECUENCIA	PUNTUACION
1	Muy a menudo.	5
2		4
3	De vez en cuando.	3
4		2
5	Nunca o casi nunca.	1
60	ASMA, INTENSIDAD	PUNTUACION
1	Muy intensa.	5
2		4
3	Medianamente intensas.	3
4		2
5	Poco intensas.	2
	Ausentes	1
62	ASMA, TRATAMIENTO	PUNTUACION
	Tratamiento en el hospital.	5
	Tratamiento médico en casa.	4
	Otro tratamiento en casa.	2
	Sin tratamiento	1

PIEL

65	EXTENSION DEL ECZEMA (Adición de N zonas)	PUNTUACION
	Ausentes o 0	1
	Presente	1 + N
66a	DURACION DE LAS CRISIS	PUNTUACION
	<input type="checkbox"/> Ausente.	1
	<input type="checkbox"/> 1 ó 2 días.	2
	<input type="checkbox"/> 3 Alrededor de 1 semana.	3
	<input type="checkbox"/> 5 Crónica.	5
67b	INTENSIDAD DE LAS CRISIS	PUNTUACION
	<input type="checkbox"/> 1 Fuerte.	5
	<input type="checkbox"/> 2	4
	<input type="checkbox"/> 3 Media.	3
	<input type="checkbox"/> 4	2
	<input type="checkbox"/> 5 Débil	2
	<input type="checkbox"/> Ausente	1
68	MEDICACION	PUNTUACION
	<input type="checkbox"/> 1 No medicación.	1
	<input type="checkbox"/> 3 Pequeños medicamentos.	3
	<input type="checkbox"/> 5 Cortisona, antibióticos	5

ALERGIAS, INTENSIDAD

69a	ALIMENTARIAS	PUNTUACION
	<input type="checkbox"/> 1 Fuerte	5
	<input type="checkbox"/> 2	4
	<input type="checkbox"/> 3 Moderadas, persistentes.	3
	<input type="checkbox"/> 4	2
	<input type="checkbox"/> 5 Ligeras, ocasionales.	2
	<input type="checkbox"/> Ausentes	1
69b	RESPIRATORIAS	PUNTUACION
	<input type="checkbox"/> 1 Fuerte	5
	<input type="checkbox"/> 2	4
	<input type="checkbox"/> 3 Moderadas, persistentes.	3
	<input type="checkbox"/> 4	2
	<input type="checkbox"/> 5 Ligeras, ocasionales.	2
	<input type="checkbox"/> Ausentes	1

69C	CUTANEAS	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Moderadas, persistentes.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes	1

69d	OTRAS	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Moderadas, persistentes.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

COMPORTAMIENTO

71a	CRISIS DE COLERA, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

71b	CRISIS DE COLERA, INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

74a	COSTUMBRES, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

74b	COSTUMBRES, INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

75a	OPOSICION Y NEGATIVISMO, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

75b	OPOSICION Y NEGATIVISMO INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

76a	AGRESIVIDAD, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

76b	AGRESIVIDAD, INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

MIEDOS/TIMIDEZ

77	MIEDOS (ANOTAR EL N.º DE MIEDOS O DE SITUACIONES ANSIOGENAS DIFERENTES)	PUNTUACION
	Ausente o cero. Ausente o Muy a menudo.	1
	Presente	1+N

77a	MIEDOS FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

77b	MIEDOS INTENSIDAD	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

79	FOBIA CON EVITACION SISTEMATICA DE LAS SITUACIONES (evaluar a partir de 77, 77a y 77b)	PUNTUACION
	Máximo	5
	Ausente	m

80a	TIMIDEZ, RECHAZO DEL CONTACTO, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

80b	TIMIDEZ, RECHAZO DEL CONTACTO, INTENSIDAD.	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

81a	DIFICULTADES DE SEPARACION FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Muy a menudo.	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	De vez en cuando.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Nunca o casi nunca.	1

81b	DIFICULTADES DE SEPARACION, INTENSIDAD.	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> 1	Fuerte	5
<input type="checkbox"/> 2		4
<input type="checkbox"/> 3	Media.	3
<input type="checkbox"/> 4		2
<input type="checkbox"/> 5	Ligeras, ocasionales.	2
<input type="checkbox"/>	Ausentes.	1

RECURSO A LOS SERVICIO MEDICOS

70	COSTUMBRES, FRECUENCIA	PUNTUACION
<input type="checkbox"/> A	Tratamiento sin medicación. N.º consultas x 2
<input type="checkbox"/> B	Tratamiento con medicación. N.º consultas x 4
<input type="checkbox"/> C	Hospitalización. N.º consultas x 5
<input type="checkbox"/> D	Régimen alimenticio. N.º consultas x 1
	
	Ninguna consulta.0.....
	Puntuación total
<input type="checkbox"/>	Otras consultas
	

SEPARACIONES/CAMBIOS

82	CAMBIOS DE PERSONAS	PUNTUACION
	Ninguno.	1
	De 1 a 2 cambios.	2
	De 3 a 5 cambios.	3
	De 6 a 8 cambios.	4
	Más de 8 cambios.	5
83	CAMBIOS DE HORARIOS	PUNTUACION
	Ninguno.	1
	De 1 a 2 cambios.	2
	De 3 a 5 cambios.	3
	De 6 a 8 cambios.	4
	Más de 8 cambios.	5
84	CAMBIOS EN EL ENTORNO	PUNTUACION
	Ninguno.	1
	De 1 a 2 cambios.	2
	De 3 a 5 cambios.	3
	De 6 a 8 cambios.	4
	Más de 8 cambios.	5