

## TALLER DE EVALUACION PSICOSOCIAL (4 AÑOS Y 6 MESES)

|                 |           |   |    |    |
|-----------------|-----------|---|----|----|
| <b>Ambiente</b> |           | Tiene problemas relacionados con el ambiente como     |    |    |
|                 | <b>1</b>  | Pocas habitaciones por el número de integrantes       | NO | SI |
|                 | <b>2</b>  | Tiene baño instalado                                  | SI | NO |
|                 | <b>3</b>  | Tiene agua corriente                                  | SI | NO |
|                 | <b>4</b>  | El barrio es seguro                                   | SI | NO |
|                 | <b>5</b>  | Los integrantes de la familia beben alcohol           | NO | SI |
|                 | <b>6</b>  | Vive en un departamento con balcón no protegido       | NO | SI |
|                 | <b>7</b>  | Tiene una piscina no protegida                        | NO | SI |
|                 | <b>8</b>  | Tiene espacios de agua cerca                          | NO | SI |
|                 | <b>9</b>  | Hay armas en la casa                                  | NO | SI |
|                 | <b>10</b> | Esas armas ,están bien guardadas                      | SI | NO |
| <b>Tóxicos</b>  |           | Está el niño en contacto con sustancias tóxicas como: |    |    |
|                 | <b>12</b> | Alcohol   | NO | SI |
|                 | <b>13</b> | Tabaco  | NO | SI |

|                 |           |   |    |    |
|-----------------|-----------|---|----|----|
| <b>Tóxicos</b>  | <b>14</b> | Plomo   | NO | SI |
|                 | <b>15</b> | Arsénico  | NO | SI |
|                 | <b>16</b> | Medicamentos  | NO | SI |
|                 | <b>17</b> | Productos químicos de limpieza                          | NO | SI |
| <b>Conducta</b> | <b>18</b> | ¿Tiene berrinches en forma frecuente?                   | NO | SI |
|                 | <b>19</b> | ¿Tiene para el algún objeto transicional?               | SI | NO |
|                 | <b>20</b> | ¿Usa chupete como autosatisfacción?                     | NO | SI |
|                 | <b>21</b> | ¿Tiene miedos?  | NO | SI |
|                 | <b>22</b> | ¿Responde bien cuando Ud. le llama la atención?         | SI | NO |
|                 | <b>23</b> | ¿Le gusta que le lean cuentos?                          | SI | NO |
|                 | <b>24</b> | ¿Es celoso?   | NO | SI |
|                 | <b>25</b> | ¿Tiene actitudes agresivas?                             | NO | SI |
|                 | <b>26</b> | ¿Le nota signos de timidez en algunas reacciones?       | NO | SI |
|                 | <b>27</b> | ¿Atiende poco tiempo? No termina las cosas que comienza | NO | SI |
|                 | <b>28</b> | ¿Es contestador?  | NO | SI |
|                 | <b>29</b> | ¿Presenta masturbaciones?                               | NO | SI |
|                 | <b>30</b> | ¿Tiene algún juguete favorito?                          | SI | NO |

|                            |           |   |    |    |
|----------------------------|-----------|---|----|----|
| <b>Conducta</b>            | <b>31</b> | ¿Es cruel con los animales?                         | NO | SI |
| <b>Hábito Alimentación</b> | <b>32</b> | ¿Se duerme con el biberón?                          | NO | SI |
|                            | <b>33</b> | ¿Come bien? ¿Tiene apetito?                         | SI | NO |
|                            | <b>34</b> | ¿Come variado?                                      | SI | NO |
|                            | <b>35</b> | ¿Come frutas y verduras?                            | SI | NO |
|                            | <b>36</b> | ¿Toma gaseosas o jugos industrializados?            | NO | SI |
|                            | <b>37</b> | ¿Ingiere leche y lácteos?                           | SI | NO |
|                            | <b>38</b> | ¿Come comida chatarra seguido?                      | NO | SI |
|                            | <b>39</b> | ¿Toma en taza?                                      | SI | NO |
|                            | <b>40</b> | ¿Come con cubiertos?                                | SI | NO |
|                            | <b>41</b> | ¿Come con su familia y dialogan mientras comen?     | SI | NO |
|                            | <b>42</b> | ¿Picotea?   | NO | SI |
|                            | <b>43</b> | ¿Hay problemas a la hora de la comida?              | NO | SI |
|                            | <b>44</b> | ¿Mira televisión cuando come?                       | NO | SI |
|                            | <b>45</b> | ¿Come arena, tierra u otra cosa que no sea comida?  | NO | SI |
| <b>Hábito Evacuatorio</b>  |           | Tiene problemas con defecación durante un mes como: |    |    |
|                            | <b>46</b> | Dos o menos deposiciones por semana                 | NO | SI |

|                               |           |  |    |    |
|-------------------------------|-----------|--|----|----|
| <b>Hábito<br/>Evacuatorio</b> | <b>47</b> | Historia de retención fecal excesiva                                 | NO | SI |
|                               | <b>48</b> | Historia de defecación dolorosa o de deposiciones duras              | NO | SI |
|                               | <b>49</b> | Historia de deposiciones voluminosas                                 | NO | SI |
|                               | <b>50</b> | Presencia de una gran masa fecal en el recto                         | NO | SI |
|                               | <b>51</b> | Al menos un episodio semanal de incontinencia                        | NO | SI |
|                               | <b>52</b> | Deposiciones voluminosas que tapan el baño                           | NO | SI |
|                               | <b>53</b> | ¿Se hizo caca encima más de tres meses por lo menos una vez por mes? | NO | SI |
|                               | <b>54</b> | ¿Orina menos de cuatro veces por día?                                | NO | SI |
|                               | <b>55</b> | ¿Controla ya esfínteres en el día?                                   | SI | NO |
|                               | <b>56</b> | ¿Controla ya esfínteres en la noche?                                 | SI | NO |
|                               | <b>57</b> | Se hizo pis encima dos meses seguido a razón de dos veces por semana | NO | SI |
|                               | <b>58</b> | ¿Va al baño cuando está lugar fuera de su casa?                      | SI | NO |
| <b>Hábito<br/>Sueño</b>       | <b>59</b> | ¿Duerme solo en la habitación?                                       | SI | NO |
|                               | <b>60</b> | ¿Duerme siesta?  | SI | NO |
|                               | <b>61</b> | ¿Se rehúsa a ir a la cama?   | NO | SI |
|                               | <b>62</b> | ¿Tiene insomnio, pesadillas u otros problemas durante el sueño?      | NO | SI |
|                               | <b>63</b> | ¿Si duerme en cama cucheta, esta tiene barandas?                     | SI | NO |

|                     |           |  |    |    |
|---------------------|-----------|--|----|----|
| <b>Lenguaje</b>     | <b>64</b> | ¿Presenta tartamudeo?  | NO | SI |
|                     | <b>65</b> | ¿Utiliza frases de 6 o 7 palabras? ¿Cuenta historias?                        | SI | NO |
|                     | <b>66</b> | ¿Habla con oraciones completas?  | SI | NO |
|                     | <b>67</b> | ¿Reconoce colores?   | SI | NO |
|                     | <b>68</b> | ¿Cuentan hasta diez?   | SI | NO |
|                     | <b>69</b> | Responde preguntas cuando Ud. Usa “¿cuánto?” “¿Por qué?” “¿Qué pasa si...?”  | SI | NO |
| <b>Escuela</b>      | <b>70</b> | ¿Presentó problemas de adaptación al jardín?                                 | NO | SI |
|                     | <b>71</b> | ¿Falta frecuentemente al jardín?   | NO | SI |
|                     | <b>72</b> | ¿Tiene poco rendimiento con su aprendizaje en el jardín?                     | NO | SI |
| <b>Personalidad</b> |           | ¿Cuál de estas características concuerda más con la personalidad de su hijo? |    |    |
|                     | <b>73</b> | Nervioso   | NO | SI |
|                     | <b>74</b> | Hiperactivo  | NO | SI |
|                     | <b>75</b> | Inquieto   | NO | SI |
|                     | <b>76</b> | Tranquilo  | SI | NO |
|                     | <b>77</b> | Retraído y apático   | NO | SI |
|                     | <b>78</b> | Asustadizo   | NO | SI |

|                                      |           |  |    |    |
|--------------------------------------|-----------|--|----|----|
| <b>Personalidad</b>                  | <b>79</b> | Inseguro   | NO | SI |
|                                      | <b>80</b> | Sociable   | SI | NO |
| <b>Independencia</b>                 | <b>81</b> | ¿Tiene inconvenientes con el desarrollo de su independencia?                 | NO | SI |
|                                      | <b>82</b> | ¿Se pone irritable o ansioso frente a extraños o al separarse de su familia? | NO | SI |
|                                      | <b>83</b> | ¿Se le debe dar de comer?  | NO | SI |
|                                      | <b>84</b> | ¿Se viste y desviste y elige su ropa?  | SI | NO |
|                                      | <b>85</b> | ¿Se lava los dientes solo?   | SI | NO |
|                                      | <b>86</b> | ¿Le gusta leer?  | SI | NO |
| <b>Relaciones con otras personas</b> | <b>87</b> | ¿Es el niño comunicativo y sociable con adultos?                             | SI | NO |
|                                      | <b>88</b> | ¿Respeta sentimientos y actitudes de los adultos?                            | SI | NO |
|                                      | <b>89</b> | ¿Se relaciona bien con parientes?  | SI | NO |
|                                      | <b>90</b> | ¿Juega esporádicamente?  | SI | NO |
|                                      | <b>91</b> | ¿Se relaciona bien con otros niños?  | SI | NO |
|                                      | <b>92</b> | ¿Le gusta jugar con otros niños (juega bien, no se pelean)?                  | SI | NO |
| <b>Situación familiar</b>            | <b>93</b> | ¿Es una familia numerosa?  | NO | SI |
|                                      | <b>94</b> | ¿Cambios en cuanto a la persona que cuida a su hijo?                         | NO | SI |

|                           |            |   |    |    |
|---------------------------|------------|---|----|----|
| <b>Situación familiar</b> | <b>95</b>  | Mudanzas  | NO | SI |
|                           | <b>96</b>  | Mascotas  | NO | SI |
|                           | <b>97</b>  | Enfermedades  | NO | SI |
|                           | <b>98</b>  | Muertes   | NO | SI |
|                           | <b>99</b>  | Separación de padres                                  | NO | SI |
|                           | <b>100</b> | ¿Existe rivalidad entre hermanos?                     | NO | SI |
|                           | <b>101</b> | ¿Hubo alguna situación de violencia familiar?         | NO | SI |
|                           | <b>102</b> | ¿Hay castigos hacia los niños cuando se portan mal?   | SI | NO |
|                           | <b>103</b> | ¿La situación económica es regular o mala?            | NO | SI |
|                           | <b>104</b> | ¿La pareja tiene privacidad?                          | SI | NO |
|                           | <b>105</b> | Uds. los padres ¿le pone/n limite/s al/los niño/s?    | SI | NO |
|                           | <b>106</b> | Si uno le pone límites el otro ¿lo contradice?        | NO | SI |
|                           | <b>107</b> | ¿Pasa mucho tiempo el padre o la madre fuera de casa? | NO | SI |

|                           |            |  |    |    |
|---------------------------|------------|--|----|----|
| <b>Situación familiar</b> | <b>108</b> | ¿La madre trabaja?   | NO | SI |
|                           | <b>109</b> | ¿El niño se queda solo mucha parte del día?                              | NO | SI |
|                           | <b>110</b> | ¿Coopera el niño con las tareas de la casa?                              | SI | NO |
|                           | <b>111</b> | ¿Juega UD o ambos con el niño todos los días?                            | SI | NO |
|                           | <b>112</b> | ¿Le brinda atención y afecto?  | SI | NO |
|                           | <b>113</b> | ¿Se sienten bien los integrantes de la familia?                          | SI | NO |
|                           | <b>114</b> | ¿Se relaciona bien el niño con ustedes?                                  | SI | NO |
|                           | <b>115</b> | ¿Conviven los padres con el niño?  | SI | NO |
|                           | <b>116</b> | ¿Ud. se siente una persona insegura o demasiado ansiosa?                 | NO | SI |
|                           | <b>117</b> | ¿Ud. es una persona crítica o punitiva?                                  | NO | SI |
|                           | <b>118</b> | ¿Se siente Ud. una persona que controla la actividad de su hijo?         | NO | SI |
|                           | <b>119</b> | ¿Ha existido algún episodio de tensión en la familia usual o inesperada? | NO | SI |
|                           | <b>120</b> | ¿Alguien en la familia es adicto al tabaco alcohol o drogas              | NO | SI |

|                           |            |  |    |    |
|---------------------------|------------|--|----|----|
| <b>Situación familiar</b> | <b>121</b> | ¿Le administra de vez en cuando medicación casera? | NO | SI |
|                           | <b>122</b> | ¿Juega imitando situaciones cotidianas?            | SI | NO |