



SWYCTM : 2 meses

1 mes, 0 días to 3 meses, 31 días
1 month, 0 days to 3 months, 31 days
v1.071, 9/1/19

Nombre del Niño/a:
(Child's name)

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):
(Date of birth)

Fecha de Hoy:
(Today's Date)

Pautas Madurativas (Developmental Milestones)

Estas preguntas son acerca del desarrollo de su niño/a. Cuando nosotros decimos desarrollo nos referimos a cosas como gatear, caminar, jugar y hablar. Nosotros queremos tener una idea de que tan frecuentemente su niño/a hace cada una de estas cosas. Para cada pregunta, díganos si su niño/a todavía no lo hace, lo hace algunas veces o si él/ella lo hace mucho.

	Todavía No	Algunas Veces	Mucho
Hace sonidos que le permite saber a usted que él/ella esta feliz o molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece feliz al verlo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigue con la mirada un juguete en movimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mueve la cabeza para buscar a la persona que está hablando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Junta las manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ríe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lo mira cuando usted dice su nombre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés (BPSC)

Algunas veces todos los niños lloran, gruñen o se quejan, tienen problemas al dormir o tienen problemas cuando llegan a lugares nuevos. Comparado a la mayoría de los niños/as de esta edad, usted diría que su niño hace estas cosas igual, un poco más o mucho más que los otros niños de su misma edad?

	Igual	Un Poco Más	Mucho Más
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su niño/a llora mucho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a se enoja fácilmente o se irrita?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a es difícil de consolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preguntas sobre la Familia (Family Questions)

Debido a que miembros de su familia pueden tener un gran impacto en el desarrollo de su niño(a), por favor responda las siguientes preguntas sobre su familia:

		Sí	No						
1	¿Hay alguien que vive con su niño que fuma tabaco?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
4	¿Han tenido las drogas o el consumo de alcohol por parte de algún miembro de la familia algún efecto negativo en su niño/a?	<input type="radio"/> Y	<input type="radio"/> N						
		Nunca	A Veces	Frecuentemente					
5	Durante los últimos 12 meses, nos preocupamos que nuestra comida se acabara antes de que tuviéramos dinero para comprar más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
		No hay tensión	Alguna tensión	Mucha tensión	No aplica				
6	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
		Sin dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No aplica				
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

Cambios Emocionales con un Nuevo Bebé (Emotional Changes with a New Baby**)

Porque usted tiene un nuevo bebé en su familia, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no sólo cómo se siente hoy.

En los últimos siete días...

1 He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:			
<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> 1 Ahora, no tanto como siempre	<input type="radio"/> 2 Ahora, mucho menos	<input type="radio"/> 3 No, nada en absoluto
2 He mirado las cosas con ilusión:			
<input type="radio"/> Igual que siempre	<input type="radio"/> 1 Algo menos de lo que es habitual en mí	<input type="radio"/> 2 Bastante menos de lo que es habitual en mí	<input type="radio"/> 3 Mucho menos que antes
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:			
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No muy a menudo	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:			
<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento	<input type="radio"/> 1 Casi nunca	<input type="radio"/> 2 Sí, algunas veces	<input type="radio"/> 3 Sí, con mucha frecuencia
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:			
<input type="radio"/> 3 Sí, bastante	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No, no mucho	<input type="radio"/> 0 No, en absoluto
6* Las cosas me han agobiado:			
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	<input type="radio"/> 1 No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	<input type="radio"/> 0 No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:			
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, a veces	<input type="radio"/> 1 No muy a menudo	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento
8* Me he sentido triste o desgraciada:			
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 1 No con mucha frecuencia	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:			
<input type="radio"/> 3 Sí, la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> 2 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 1 Sólo en alguna ocasión	<input type="radio"/> 0 No, en ningún momento
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:			
<input type="radio"/> 3 Sí, bastante a menudo	<input type="radio"/> 2 A veces	<input type="radio"/> 1 Casi nunca	<input type="radio"/> 0 En ningún momento

**© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Translated from Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).