



SWYC™ :

4 meses

4 meses, 0 días to 5 meses, 31 días
4 months, 0 days to 5 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
Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta	☐	☐	☐
Junta las manos	☐	☐	☐
Se ríe	☐	☐	☐
Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta	☐	☐	☐
Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"	☐	☐	☐
Lo mira cuando usted dice su nombre	☐	☐	☐
Se da vueltas (se rueda sobre sí mismo)	☐	☐	☐
Pasa un juguete de una mano a la otra	☐	☐	☐
Cuando él/ella se molesta, lo busca a usted u otra persona conocida	☐	☐	☐
Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro	☐	☐	☐

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?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	☐	☐	☐
¿A su niño/a le molesta que lo carguen otras personas?	☐	☐	☐

¿Su niño/a llora mucho?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	☐	☐	☐
¿Su niño/a se enoja o se irrita fácilmente?	☐	☐	☐
¿Su niño/a es difícil de consolar?	☐	☐	☐

¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida?	☐	☐	☐
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	☐	☐	☐
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	☐	☐	☐
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	☐	☐	☐

Preocupaciones de los Padres (Parent Concerns)

	Nunca	Un Poco	Mucho
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del aprendizaje o desarrollo de su niño/a?	☐	☐	☐
¿Tiene usted alguna preocupación acerca del comportamiento de su niño/a?	☐	☐	☐

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?	☐ Y	☐ N						
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	☐ Y	☐ N						
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	☐ Y	☐ 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?	☐ Y	☐ 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.	☐	☐	☐					
6	En general, ¿cómo describiría usted su relación con su esposo/a o su pareja?	No hay tensión ☐	Alguna tensión ☐	Mucha tensión ☐	No aplica ☐				
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	Sin dificultad ☐	Alguna dificultad ☐	Mucha dificultad ☐	No aplica ☐				
8	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leveron a su niño?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 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:			
① Igual que siempre	① Ahora, no tanto como siempre	② Ahora, mucho menos	③ No, nada en absoluto
2 He mirado las cosas con ilusión:			
① Igual que siempre	① Algo menos de lo que es habitual en mí	② Bastante menos de lo que es habitual en mí	③ Mucho menos que antes
3* Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, a veces	① No muy a menudo	① No, en ningún momento
4 Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:			
① No, en ningún momento	① Casi nunca	② Sí, algunas veces	③ Sí, con mucha frecuencia
5* He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:			
③ Sí, bastante	② Sí, a veces	① No, no mucho	① No, en absoluto
6* Las cosas me han agobiado:			
③ Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	② Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	① No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	① No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7* Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, a veces	① No muy a menudo	① No, en ningún momento
8* Me he sentido triste o desgraciada:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, bastante a menudo	① No con mucha frecuencia	① No, en ningún momento
9* Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:			
③ Sí, la mayor parte del tiempo	② Sí, bastante a menudo	① Sólo en alguna ocasión	① No, en ningún momento
10* He tenido pensamientos de hacerme daño:			
③ Sí, bastante a menudo	② A veces	① Casi nunca	① 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).