



**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 . . . . .	<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"/>
Se da vueltas (se rueda sobre sí mismo) . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasa un juguete de una mano a la otra . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando él/ella se molesta, lo busca a usted u otra persona conocida . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro . . . . .	<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 o se irrita fácilmente? . . . . .	<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"/>



© 2010, Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

\*\*\*\*\* Por favor continúe en la parte de atrás \*\*\*\*\*

## 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"/>	<input type="radio"/>						
2	¿Durante el último año, ha usted consumido bebidas alcohólicas o usado drogas más de lo que hubiera deseado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
3	¿Ha sentido usted el deseo o necesidad de consumir menos alcohol o drogas durante el último año?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
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"/>	<input type="radio"/>						
		<b>Nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Frecuentemente</b>					
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"/>					
		<b>No hay tensión</b>	<b>Alguna tensión</b>	<b>Mucha tensión</b>	<b>No aplica</b>				
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"/>				
		<b>Sin dificultad</b>	<b>Alguna dificultad</b>	<b>Mucha dificultad</b>	<b>No aplica</b>				
7	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
8	Durante la última semana, ¿cuantos días usted u otros miembros de la familia le leyeron a su niño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 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...**

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