

General

1. Haga una lista de las inquietudes que desea discutir hoy:

Nutrición

- | | | |
|--|----|----|
| 2. ¿Tiene alguna inquietud por la alimentación del bebé? | No | Sí |
| 3. ¿Está tomando el bebé leche materna? | Sí | No |
| 4. ¿Está tomando fórmula el bebé? | Sí | No |

a. ¿Qué fórmula?

- | | | |
|--|----|----|
| 5. ¿Está dando al bebé cualquier cosa aparte de leche materna o formula? | No | Sí |
| 6. ¿Toma el bebé una vitamina infantil o vitamina D? | Sí | No |
| 7. ¿Acuesta al bebé con su biberón en la boca? | No | Sí |

Estrés social

- | | | | |
|--|-------|---------|--------------|
| 8. ¿Está pasando usted por estrés en la familia? | No | Sí | |
| 9. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado de que se vaya a agotar la comida antes de obtener dinero para comprar más? | Nunca | A veces | Muchas veces |

Pautas madurativas

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 frecuente 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.

Adapted from SWYC, 4 months

- | | | Todavía no | Algunas veces | Mucho |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. | Mantiene la cabeza firme mientras usted lo levanta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Junta las manos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		Todavía no	Algunas veces	Mucho
12.	<i>Se rie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<i>Sostiene la cabeza cuando usted lo sienta</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Hace sonidos como "ga," "ma," o "ba"</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<i>Lo mira cuando usted dice su nombre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Se da vueltas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Pasa un juguete de una mano a la otra</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Cuando él/ella se molesta lo busca a usted u otra persona conocida</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<i>Agarra dos objetos y los golpea uno contra el otro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verificación de seguridad	<i>Marque todo lo que corresponda.</i>	Cierto	Tengo preguntas
20.	Mi bebé duerme boca arriba, en un moisés o en una cuna junto a la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Siempre mantengo una mano sobre mi bebé cuando está por encima del piso (como en una mesa para cambiar pañales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Mi bebe no usa joyas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Mi bebé viaja en un asiento de seguridad que mira hacia atrás, en el asiento trasero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Nadie fuma o vapea cerca de mi bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Tenemos detectores de humo/monóxido de carbono que funcionan en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EPDS — Cambios emocionales con un nuevo bebé

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 como se ha sentido *en los últimos 7 días*, no sólo como se siente hoy.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas...

- Igual que siempre
 Ahora, no tanto como siempre
 Ahora, mucho menos
 No, nada en absoluto

2. He mirado las cosas con ilusión...

- Igual que siempre
 Algo menos de lo que es habitual en mí
 Bastante menos de lo que es habitual en mí
 Mucho menos que antes

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal...

- Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces No muy a menudo No, en ningún momento

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo...

- No, en ningún momento Casi nunca Sí, algunas veces Sí, con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo...

- Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, en absoluto

6. Las cosas me han agobiado...

- Sí la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien No he afrontado las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir...

- Sí, la mayor parte del tiempo Sí, a veces No muy a menudo No, en ningún momento

8. Me he sentido triste o desgraciada...

- Sí, la mayor parte del tiempo Sí, bastante a menudo No con mucha frecuencia No, en ningún momento

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando...

- Sí, la mayor parte del tiempo Sí, bastante a menudo Sólo en alguna ocasión No, en ningún momento

10. He tenido pensamientos de hacerme daño...

- Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca En ningún momento

Edinburgh Postnatal Depression Screen ©1987 Royal College of Psychiatrists. Cox JL et al (1987) [Detection of postnatal depression](#). British Journal of Psychiatry, 150, 782–786.

Survey of Well-being in Young Children (SWYC) V1.08, 9/1/19 ©2010, Tufts Medical Center, Inc.