**PBQ**

Nombre

Edad del Bebe

Fecha

Por favor indique con qué frecuencia los siguientes son verdades para ti. No hay correcta o incorrecta respuesta. Escoge la respuesta que parezca correcta en su reciente experiencia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Siempre** | **Muy frecuentemente** | **Frecuentemente** | **Ocasionalmente** | **Casi Nunca** | **Nunca** |
| Me siento apegada a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Desearía que los días sin bebe regresaran |  |  |  |  |  |  |
| Me siento distanciada de mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Me encanta abrazar a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Me arrepiento de haber tenido este bebe |  |  |  |  |  |  |
| Este bebe no parece mío |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe me agita |  |  |  |  |  |  |
| Adoro a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Me siento feliz cuando mi bebe sonríe o ríe |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe me irrita |  |  |  |  |  |  |
| Disfruto jugando con mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe llora demasiado |  |  |  |  |  |  |
| Me siento atrapada como mama |  |  |  |  |  |  |
| Me siento disgustada con mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Me siento resentida con mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe es el bebe más bello del mundo |  |  |  |  |  |  |
| De alguna forma desearía que mi bebe se fuera lejos |  |  |  |  |  |  |
| Le he hecho cosas dañinas a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe me hace sentir ansiosa |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe me da miedo |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe me fastidia |  |  |  |  |  |  |
| Me siento segura cuando estoy cuidando a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Siento que la única solución es que otra persona cuide a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Siento que quiero hacerle daño a mi bebe |  |  |  |  |  |  |
| Mi bebe se calma fácilmente |  |  |  |  |  |  |