

La depresión materna Screening

Maternal Depression Screening

Name: _____ Total: _____

___/___/___ Pregnancy (3rd trimester)

___/___/___ Postpartum (6 weeks)

___/___/___ Other... Please specify _____

ESCALA DE EDINBURGO (Spanish Version)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Or

Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer:

- 0 Tanto como siempre
- 1 Algo menos de lo que solía hacer
- 2 Definitivamente menos
- 3 No, nada

3. * Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, algunas veces
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

- 0 No, nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. * He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:

- 0 Sí, bastante
- 1 Sí, a veces
- 2 No, no mucho
- 3 No, nada

6. * Las cosas me oprimen o agobian:

La depresión materna Screening (Maternal Depression Screening)

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a veces
- 2 No, casi nunca
- 3 No, nada

7. * Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a menudo
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nada

8. * Me he sentido triste y desgraciada:

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, bastante a menudo
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nada

9. * He estado tan infeliz que he estado llorando:

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, bastante a menudo
- 2 Sólo ocasionalmente
- 3 No, nunca

10. * He pensado en hacerme daño a mí misma:

- 0 Sí, bastante a menudo
- 1 Sí, a menudo
- 2 Casi nunca
- 3 No, nunca