

ESCALA EDINBURGH PARA LA DEPRESIÓN POSTNATAL (SPANISH VERSION)

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor **MARQUE** (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS** y no sólo como se ha sentido hoy.

Si algo no parece estar bien, llame a su proveedor de atención médica independientemente de su puntuación.

1. HE PODIDO REÍR Y VER EL LADO BUENO DE LAS COSAS:

- Tanto como siempre he podido hacerlo _____ (0)
No tanto ahora _____ (1)
Sin duda, mucho menos ahora _____ (2)
Tanto como siempre pude _____ (3)

2. HE MIRADO AL FUTURO CON PLACER PARA HACER COSAS:

- Tanto como siempre _____ (0)
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ (1)
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ (2)
Prácticamente nunca _____ (3)

3. ME HE CULPADO SIN NECESIDAD CUANDO LAS COSAS MARCHABAN MAL:

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

4. HE ESTADO ANSIOSA Y PREOCUPADA SIN MOTIVO ALGUNO:

- No, en absoluto _____ (0)
Casi nada _____ (1)
Sí, a veces _____ (2)
Sí, muy a menudo _____ (3)

5. HE SENTIDO MIEDO O PÁNICO SIN MOTIVO ALGUNO:

- Sí, bastante _____ (3)
Sí, a veces _____ (2)
No, no mucho _____ (1)
No, en absoluto _____ (0)

6. LAS COSAS ME OPRIMEN O AGOBIAN:

- Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ (3)
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ (2)
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ (1)
No, he podido sobrellevarlo tan bien como siempre. _____ (0)

7. ME HE SENTIDO TAN INFELIZ, QUE HE TENIDO DIFICULTAD PARA DORMIR:

- Sí, casi siempre _____ (3)
Sí, a veces _____ (2)
No muy a menudo _____ (1)
No, en absoluto _____ (0)

8. ME HE SENTIDO TRISTE Y DESGRACIADA:

- Sí, casi siempre _____ (3)
Sí, bastante a menudo _____ (2)
No muy a menudo _____ (1)
No, en absoluto _____ (0)

9. ME HE SENTIDO TAN INFELIZ QUE HE ESTADO LLORANDO:

- Sí, casi siempre _____ (3)
Sí, bastante a menudo _____ (2)
Ocasionalmente _____ (1)
No, nunca _____ (0)

10. HE PENSADO EN HACERME DAÑO:*

- Sí, bastante a menudo _____ (3)
A veces _____ (2)
Casi nunca _____ (1)
No, nunca _____ (0)

¿QUÉ SIGUE?

SI DIO POSITIVO:

- Remitir al paciente a la sala de emergencias (Pregunta #10)
- Para un paciente abrumado por su salud mental, extremadamente molesto o ansioso, los proveedores pueden utilizar las Juntas de Servicios Comunitarios de Virginia (CSB) para conectar al paciente con los recursos locales de salud mental. Puede encontrar más información en el Departamento de Salud Conductual y Servicios de Desarrollo de Virginia.