

- Este cuestionario pantallas para la depresión en madres de bebés pequeños.
- Se le pedirá que complete el cuestionario en dos meses de su bebé y 4 visitas al mes.
- Si usted tiene preguntas acerca de cómo completar el cuestionario, por favor pregunte al proveedor médico que examina a su hijo hoy.
- El proveedor de servicios médicos, que examina su bebé hoy, hablará con usted acerca de sus respuestas.
- Si se detecta un problema con esta herramienta de selección, entonces la información será enviada por fax a su ginecólogo / obstetra 's Office.

ESCALA DE EDINBURGO (Spanish Version)

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

Éste es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

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

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 No, nunca
 - 1 No muy a menudo
 - 2 Sí, algunas veces
 - 3 Sí, casi siempre
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 No, nada
 - 1 No, no mucho
 - 2 Sí, a veces
 - 3 Sí, bastante

En los últimos 7 días:

6. Las cosas me oprimen o agobian:
 - 0 No, nada
 - 1 No, casi nunca
 - 2 Sí, a veces
 - 3 Sí, casi siempre
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
 - 0 No, nada
 - 1 No muy a menudo
 - 2 Sí, a menudo
 - 3 Sí, casi siempre
8. Me he sentido triste y desgraciada:
 - 0 No, nada
 - 1 No muy a menudo
 - 2 Sí, bastante a menudo
 - 3 Sí, casi siempre
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
 - 0 No, nunca
 - 1 Sólo ocasionalmente
 - 2 Sí, bastante a menudo
 - 3 Sí, casi siempre
10. He pensado en hacerme daño
 - 0 No, nunca
 - 1 Casi nunca
 - 2 Sí, a menudo
 - 3 Sí, bastante a menudo

Score _____ Fecha de Hoy _____ Nombre de OB/GYN _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de nacimiento _____

El Nombre del Niño _____ Fecha de nacimiento _____