

# Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: \_\_\_\_\_ Número de identificación de participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

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.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:

Sí, todo el tiempo \_\_\_\_\_ 0

Sí, la mayor parte del tiempo  1

No, no muy a menudo \_\_\_\_\_ 2

No, en absoluto \_\_\_\_\_ 3

*Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.*

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  
No, en absoluto \_\_\_\_\_ 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 sobrellevarlas tan bien como lo hecho 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