

# Escala de Edinburgo (Spanish Version)



Nombre: \_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha esperada del parto o de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor MARQUE 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:

Sí, siempre

Sí, casi siempre → Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

No, muy a menudo

No, nunca

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

---

---

En los últimos 7 días:

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No tanto ahora</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos</p> <p><input type="checkbox"/> No, no he podido</p>          | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No, casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>                                    |
| <p>2. He mirado al futuro con placer</p> <p><input type="checkbox"/> Tanto como siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos de lo que solía hacer</p> <p><input type="checkbox"/> Definitivamente menos</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>       | <p>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>                     |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nada</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a menudo</p>                                   | <p>9. He estado tan infeliz que he estado llorando</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p>      |
| <p>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a veces</p> <p><input type="checkbox"/> No, no mucho</p> <p><input type="checkbox"/> No, nada</p>                              | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Casi nunca</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p>                         |

Administrado/revisado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_