

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:

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

Administrado/revisado por _____

Fecha _____