

**Edinburg Postnatal Depression Scale
(EPDS)**

Kendall Pediatric Partners
Alina Siblesz Ruiz, MD, Raquel Olavarrieta, MD & Giselle Fontela, MD
Ph. 305-274-2255 – Fax 305-274-2211

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

Nombre madre: _____ Edad del bebé: _____

Dirección _____

Obstetra: _____ Telf.: _____

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los ULTIMOS 7 DIAS, no solamente como se siente hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

6. Las cosas me oprimen o agobian

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

2. He mirado al futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- Sí la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.

- Si, la mayoría de las veces
- Si, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

9. He sido tan infeliz que he llorado

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Si, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca