

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____

Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____

Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|--|--|

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Users may reproduce the scale without further permission providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title and the source of the paper in all reproduced copies.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edinburgo1 (EPDS)

Nombre: _____ Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Este es un ejemplo ya completado.

Me he sentido feliz:

- Sí, todo el tiempo
 Sí, la mayor parte del tiempo
 No, no tan frecuente
 No, para nada

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado chistoso de las cosas

- Como siempre lo hacía
 Ahora no con tanta frecuencia
 Definitivamente ahora no con tanta frecuencia
 No, para nada

2. Anticipaba las cosas con alegría

- Como siempre lo hacía
 Menos de lo acostumbrado
 Definitivamente menos de lo acostumbrado
 Casi nada

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

- Sí, la mayoría de las veces
 Sí, algunas veces
 No muy frecuente
 No, nunca

4. He sentido ansiedad o estoy preocupada sin motivo alguno

- No, para nada
 Casi nunca
 Sí, a veces
 Sí, muy frecuentemente

*5 Me he sentido asustada o con pánico sin motivo alguno

- Sí, con mucha frecuencia
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, para nada

*6. Siento que las cosas se me están cayendo encima

- Sí, la mayoría de las veces no lo he podido enfrentar
 Sí, a veces no he podido enfrentarlo, como de costumbre
 No, la mayoría de las veces he podido enfrentarlo muy bien
 No, he podido enfrentarlo muy bien, como de costumbre

*7. He estado muy triste y tengo dificultad al dormir

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

*8 Me he sentido triste o desdichada

- Sí, la mayoría de las veces
 Sí, con mucha frecuencia
 No muy frecuentemente
 No, para nada

*9 He estado tan triste que he estado llorando

- Sí, la mayoría de las veces
 Sí, con mucha frecuencia
 Sólo en ocasiones
 No, nunca

*10 He pensado en causarme daño

- Sí, con mucha frecuencia
 A veces
 Casi nunca
 Nunca

Administrado / revisado por _____ Fecha _____

1Fuente: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 150:782-786.

2Fuente: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.