WESTERN WAKE
PEDIATRICS

ESCALA DE EDINBURGO

Nombre del bebe:_____Fecha de nacimiento del bebe:_____Fecha de hoy:_____

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor haga un círculo alrededor de la repuesta que más se acerca a como se ha sentido **en los últimos 7 días**. Éste es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

0) Sí, siempre
1) Sí, casi siempre
2) No muy a menudo
3) No, nunca

EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
   0) Tanto como siempre.
   1) No tanto ahora.
   2) Mucho menos.
   3) No, no he podido.

2. He mirado al futuro con placer:
   0) Tanto como siempre.
   1) Algo menos de lo que solía hacer.
   2) Definitivamente menos.
   3) No, nada.

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
   0) No, nunca.
   1) No muy a menudo.
   2) Sí, algunas veces.
   3) Sí, casi siempre.

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
   0) No, nada.
   1) Casi nada.
   2) Sí, a veces.
   3) Sí, a menudo.

5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
   0) No, nada.
   1) No, no mucho.
   2) Sí, a veces.
   3) Sí, bastante

6. Las cosas me oprimen o agobian:
   0) No, nada.
   1) No, casi nunca.
   2) Sí, a veces.
   3) Sí, casi siempre.

7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
   0) No, nada.
   1) No muy a menudo.
   2) Sí, a menudo.
   3) Sí, casi siempre.

8. Me he sentido triste y miserable:
   0) No, nada.
   1) No muy a menudo.
   2) Sí, bastante a menudo.
   3) Sí, casi siempre.

9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
   0) No, nunca.
   1) Sólo ocasionalmente.
   2) Sí, bastante a menudo.
   3) Sí, casi siempre.

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
    0) No, nunca.
    1) Casi nunca.
    2) Sí, a menudo.
    3) Sí, bastante a menudo.