

## ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL EDINGURGH

Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Semanas PP \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ya que usted tuvo un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se está sintiendo. Por favor marque la respuesta que se aproxime más a la forma en que usted se ha sentido **en los últimos 7 días**, no solo cómo se siente hoy.

### En los últimos 7 días:

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. He podido reír y ver el lado chistoso de las cosas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Como siempre lo había hecho</li><li><input type="checkbox"/> Ahora no con tanta frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> Definitivamente ahora no tanto</li><li><input type="checkbox"/> No, en lo absoluto</li></ul> <p>2. He tenido ganas de hacer las cosas con gusto.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Tanto como siempre lo había hecho</li><li><input type="checkbox"/> Menos de lo acostumbrado</li><li><input type="checkbox"/> Definitivamente menos de lo acostumbrado</li><li><input type="checkbox"/> Casi nada</li></ul> <p>3. *Me he culpado a mí misma sin necesidad cuando las cosas no han salido bien.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</li><li><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> No muy frecuentemente</li><li><input type="checkbox"/> No, nunca</li></ul> <p>4. He sentido ansiedad o estoy preocupada sin motivo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No, para nada</li><li><input type="checkbox"/> Casi nunca</li><li><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Sí, muy frecuentemente</li></ul> <p>5. *Me he sentido asustada o con pánico sin motivo.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> No, no mucho</li><li><input type="checkbox"/> No, para nada</li></ul> <p>6. *Siento que las cosas se están convirtiendo en demasiado para mí.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces no he podido hacerles frente</li><li><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces no he podido hacerles frente como de costumbre</li><li><input type="checkbox"/> No, la mayoría del tiempo he podido hacerles frente muy bien</li><li><input type="checkbox"/> No, he podido enfrentarlas como de costumbre</li></ul> | <p>7. *He estado tan triste que se me ha dificultado dormir.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, la mayoría de las veces</li><li><input type="checkbox"/> Sí, algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> No muy frecuentemente</li><li><input type="checkbox"/> No, para nada</li></ul> <p>8. *Me he sentido triste o desdichada.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Sí, muy seguido</li><li><input type="checkbox"/> No muy seguido</li><li><input type="checkbox"/> No, nunca</li></ul> <p>9. *He estado tan triste que he estado llorando.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, la mayor parte del tiempo</li><li><input type="checkbox"/> Sí, con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> Solo en ocasiones</li><li><input type="checkbox"/> No, nunca</li></ul> <p>10. *He pensado en causarme daño.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Sí, con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> Algunas veces</li><li><input type="checkbox"/> Casi nunca</li><li><input type="checkbox"/> Nunca</li></ul> |
|--|---|

**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**  
**Form No. 444**

**Purpose:** The purpose of this form is to provide a standardized tool to assist in identifying Health Department clients suffering from signs of postnatal depression.

**Use:** This form is administered during postpartum when signs or symptoms indicate.

Client – Provide the name, initial, date of birth of client.

Weeks PP – Provide the number of weeks postpartum or since birth of child.

Date – Provide the date the scale was administered.

The EPDS consists of 10 short statements, each with four responses. The client checks the response that most closely matches how she has been feeling in the previous 7 days. Response categories are scored 0, 1, 2, and 3, according to the severity of the symptom. Items marked with an asterisk are reverse scored (i.e., 3, 2, 1, and 0). All 10 items must be completed. The total score is calculated by adding together the scores for each of the 10 items and should be documented on the client's file. **Clients with scores of 12 or above OR clients who answer question #10 “yes, quite often” or “sometimes” should be referred to a local mental health professional and notify the Primary Care Physician by faxing a copy of client's EPDS and a written statement that the client had been referred.**

Care should be taken to avoid the possibility of the client discussing her answers with others. The client should complete the EPDS herself, unless she has limited English or has difficulty reading. The EPDS will not detect clients with anxiety disorders, phobias, or personality disorders.

**Routing and Filing:** The original copy of this form is filed in the client's OSDH record.