

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO PARA LA MATERNIDAD - Versión A

	A	1	B	C	2
<p>Ahora le voy a preguntar sobre su estado de ánimo en el transcurso de su vida, y en las últimas dos semanas. Le preguntaré, “¿en su vida, alguna vez hubo dos semanas o más durante las cuales usted se sintió así?” Responda “sí” o “no”, o por favor dígame si necesita que le repita la pregunta.</p>	<p>En su vida, alguna vez ha habido dos semanas o más durante las cuales usted:</p> <p>Si contesta “sí” en la parte A vaya a la B</p>	<p>Criterios para el EDM durante la vida</p> <p>Si contesta “sí” en cualquier sección de la parte A marque ✧</p>	<p>¿Ha tenido estos problemas casi todos los días en las dos semanas pasadas?</p> <p>Si contesta sí en la parte B vaya a la C</p>	<p>¿Esto es solo a causa del embarazo</p> <p>(Solamente haga la pregunta de arriba para las secciones que tengan los cuadros blancos)</p>	<p>Criterios para el EDM actual</p> <p>Si contesta “sí” en cualquier sección de la parte B y no es a causa del embarazo marque ○</p>
1. ¿Se sintió <u>triste, melancólica, deprimida</u> , la mayoría del día casi todos los días?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		○
2. ¿Perdió todo el interés y el gusto en cosas que normalmente le interesaban o le agradaban?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		○
3(a). ¿Perdió o aumento su apetito?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	○
3(b). ¿Perdió <u>peso</u> sin proponérselo hasta dos libras por semana durante varias semanas (hasta 10 libras en total)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3(c). ¿Ganó <u>peso</u> sin tratarlo tanto como dos libras por semana durante varias semanas (hasta 10 libras en total)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4(a). ¿Tuvó dificultades en conciliar el sueño, en permanecer dormida o en despertarse demasiado temprano?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	○
4(b). ¿Dormía demasiado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5(a). ¿Habló o se <u>movió más despacio</u> de lo normal para Ud.?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	○
5(b). ¿Tenía que estar <u>en continuo movimiento</u> , es decir, no podía sentarse o quedarse quieta y tenía que andar de un lado para otro?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Se sentía <u>agotada</u> o sin energía todo el tiempo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	○

CUESTIONARIO DEL ESTADO DE ÁNIMO PARA LA MATERNIDAD - Versión A (Cont.)

	A	1	B	C	2
	En su vida, alguna vez ha habido dos semanas o más durante las cuales usted: Si contesta "sí" en la parte A vaya a la B	Criterios para el EDM durante la vida Si contesta "sí" en cualquier sección de la parte A marque ✧	¿Ha tenido estos problemas casi todos los días en las dos semanas pasadas? Si contesta sí en la parte B vaya a la C	¿Esto es solo a causa del embarazo (Solamente haga la pregunta de arriba para las secciones que tengan los cuadros blancos)	Criterios para el EDM actual Si contesta "sí" en cualquier sección de la parte B y no es a causa del embarazo marque ○
7. ¿Se sentía que <u>no valía nada, que era una persona pecadora, o culpable</u> ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	→ ✧	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		○
8(a). ¿Tenía mucha más <u>dificultad en concentrarse o en tomar decisiones</u> de lo que es normal para Ud.?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	→ ✧	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	○
8(b). ¿Sus <u>pensamientos</u> venían mucho más despacio de lo acostumbrado o le parecían confusos?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	→ ✧	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9(a). ¿ <u>Pensaba</u> mucho sobre <u>la muerte</u> - ya sea en la suya, en la de alguien más o en la muerte en general?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	→ ✧	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		○
9(b). ¿ <u>Quería</u> morirse?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
9c. ¿Se sintió tan deprimida que <u>pensó en suicidarse</u> ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
(Haga las preguntas de la siguiente manera) 9(d). ¿Alguna vez ha <u>intentado suicidarse</u> ?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
(Pregunte si solo dice tener 2 problemas o más) 10. ¿Hubo alguna ocasión <u>cuando varios de estos problemas</u> le ocurrieron al mismo tiempo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
11. ¿Interfirieron <u>mucho</u> estos problemas con su vida o actividades?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	→	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Indique el número de casillas que ha marcado en cada columna.		# ✧ <i>marcadas</i> _____			# ○ <i>marcados</i> _____