

Cuestionario de seguimiento para la detección de cambios en el estado de ánimo durante el embarazo y después del parto

Nombre _____ Fecha ___/___/_____

A Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
Por favor, encierre en un círculo su respuesta.

Poco interés o placer en hacer cosas	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sin apetito o ha comido en exceso	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil
 Un poco difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

B Encierre en un círculo una de las cuatro respuestas que indica:
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Ha tenido dificultad para relajarse	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha molestado o irritado fácilmente	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días

Cuestionario de seguimiento para la detección de cambios en el estado de ánimo durante el embarazo y después del parto

C Ahora voy a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una lesión (herida). Dígame cuánto le ha molestado cada una de estas cosas desde que ocurrió la lesión (herida).

	Para nada	Un poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
Tener recuerdos, pensamientos perturbadores o imágenes que se repiten de la lesión	1	2	3	4	5
Sentirse muy disgustado (preocupado o afligido) cuando algo le recuerda la lesión (herida)	1	2	3	4	5
Evitar actividades o situaciones porque le recuerdan cuando estaba siendo (herido)	1	2	3	4	5
Sentirse distante o aislado (alejado) de otras personas	1	2	3	4	5
Sentirse irritado o tener arrebatos de coraje	1	2	3	4	5
Tener mucha dificultad para concentrarse	1	2	3	4	5