

Name: \_\_\_\_\_

Your Date of Birth: \_\_\_\_\_ Baby's Due Date or Date of Birth: \_\_\_\_\_

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
- No, not at all

**Please complete the other questions in the same way.**

**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"> <li><input type="checkbox"/> As much as I always could (0)</li> <li><input type="checkbox"/> Not quite so much now (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Definitely not so much now (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Not at all (3)</li> </ul> <p>2. I have looked forward with enjoyment to things.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> As much as I ever did (0)</li> <li><input type="checkbox"/> Rather less than I used to (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Definitely less than I used to (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Hardly at all (3)</li> </ul> <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, some of the time (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Not very often (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No, never (0)</li> </ul> <p>4. I have been anxious or worried for no good reason.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, not at all (0)</li> <li><input type="checkbox"/> Hardly ever (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, very often (3)</li> </ul> <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2)</li> <li><input type="checkbox"/> No, not much (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No, not at all (0)</li> </ul> | <p>*6. Things have been overwhelming me.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual (2)</li> <li><input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well(1)</li> <li><input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever (0)</li> </ul> <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Not very often (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No, not at all (0)</li> </ul> <p>* 8. I have felt sad or miserable.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite often (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Not very often (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No, not at all (0)</li> </ul> <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite often (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Only occasionally (1)</li> <li><input type="checkbox"/> No, never (0)</li> </ul> <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes, quite often (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Sometimes (2)</li> <li><input type="checkbox"/> Hardly ever (1)</li> <li><input type="checkbox"/> Never (0)</li> </ul> |
|---|---|

**Score:**

Administered/Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*Language slightly altered from original version

Nombre: \_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha esperada del parto de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Par favor **MARQUE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Este es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

Sí, siempre

Sí, casi siempre → Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

No, no muy a menudo

No, nunca

**Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.**

**En los últimos 7 días:**

\*1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas.

Tanto como siempre (0)

No tanto ahora (1)

Mucho menos (2)

No, no he podido (3)

2. He mirado al futuro con placer.

Tanto como siempre (0)

Algo menos de lo que solía hacer (1)

Definitivamente menos (2)

No, nada (3)

\*3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal

Sí, casi siempre (3)

Sí, algunas veces (2)

No muy a menudo (1)

No, nunca (0)

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.

No, nada (0)

Casi nada (1)

Sí, a veces (2)

Sí, a menudo (3)

\*5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno.

Sí, bastante (3)

Sí, a veces (2)

No, no mucho (1)

No, nada (0)

\*6. Las cosas me oprimen o agobian.

Sí, casi siempre (3)

Sí, a veces (2)

No, casi nunca (1)

No, nada (0)

\*7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir

Sí, casi siempre (3)

Sí, a menudo (2)

No muy a menudo (1)

No, nada (0)

\*8. Me he sentido triste y desgraciada.

Sí, casi siempre (3)

Sí, bastante a menudo (2)

No muy a menudo (1)

No, nada (0)

\*9. He estado tan infeliz que he estado llorando.

Sí, casi siempre (3)

Sí, bastante a menudo (2)

Sólo ocasionalmente (1)

No, nunca (0)

\*10. He pensado en hacerme daño a mí misma.

Sí, bastante a menudo (3)

Sí, a menudo (2)

Casi nunca (1)

No, nunca (0)

Puntuación:

Administrado/revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Language slightly altered from original version