Start Smart for Your Baby®

Prenatal Depression Scale

Your Name: _____ Your Date of Birth: _____

Your Telephone Number: _____ Your Doctor's Name: _____

Your Medicaid ID number: _____

WE WOULD LIKE TO KNOW HOW YOU ARE FEELING. Please circle the answer which comes closest to describing how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today. **Then send the survey back to Magnolia Health Plan in the envelope provided.** The results of this assessment may be shared with your doctor. If you feel depressed, you can also call Magnolia at 1-866-912-6285 to get help right away. In the past 7 days...

1. I have been able to laugh and see the funny side of things.

- ○ As much as I always could.
- ○ Not quite so much now.
- ○ Definitely not so much now.
- ○ Not at all.

2. I have looked forward with enjoyment to things.

- ○ As much as I ever did.
- ○ Rather less than I used to.
- ○ Definitely less than I used to.
- ○ Hardly at all.

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, some of the time.
- ○ Not very often.
- ○ No, never.

4. I have been anxious or worried for no good reason.

- ○ No, not at all.
- ○ Hardly ever.
- ○ Yes, sometimes.
- ○ Yes, very often.

5. I have felt scared or panicky for no very good reason.

- ○ Yes, quite a lot.
- ○ Yes, sometimes.
- ○ No, not much.
- ○ No, not at all.

6. Things have been getting the best of me.

- ○ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all.
- ○ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual.
- ○ No,most of the time I have coped quite well.
- ○ No, I have been coping as well as ever.

7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, sometimes.
- ○ Not very often.
- ○ No, not at all.

8. I have felt sad or miserable.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, quite often.
- ○ Not very often.
- ○ No, not at all.

9. I have been so unhappy that I have been crying.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, quite often.
- ○ Only occasionally.
- ○ No, never.

10. The thought of harming myself has occured to me.

- ○ Yes, quite often.
- ○ Sometimes.
- ○ Hardly ever.
- ○ Never.

Magnolia® Health Plan

If you are having thoughts of harming yourself or someone else, go to the nearest emergency room, or contact your doctor or another health care professional immediately.

© 2010 Magnolila Health Plan.
All rights reserved.

From: Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Br.J.Psych., 150, 782

Start Smart for Your Baby®

Escala de Depresión Prenatal

Su nombre: _____ Su fecha de nacimiento: _____

Su número telefónico: _____ El nombre de su médico: _____

Su número de identificación de Medicaid: _____

DESEAMOS SABER CÓMO SE SIENTE. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy. **Después envíe este cuestionario a Magnolia Health Plan en el sobre adjunto.** Los resultados de esta evaluación podrían informarse a su médico Si se siente deprimida, también puede llamar a Magnolia al 1-866-912-6285 para recibir ayuda de inmediato. En los últimos 7 días...

1. He sido capaz de reír y de encontrar el sentido divertido de las cosas.

- ○ Tanto como siempre he podido.
- ○ No tanto actualmente.
- ○ Definitivamente no tanto actualmente.
- ○ No, en lo absoluto.

2. He esperado con gusto las cosas por venir.

- ○ Tanto como siempre lo he hecho.
- ○ Un poco menos de lo que acostumbraba.
- ○ Definitivamente menos de lo que acostumbraba.
- ○ Casi nada.

3. Me he culpado a mí misma innecesariamente cuando algo ha salido mal.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ No con mucha frecuencia.
- ○ No, nunca.

4. Me he sentido ansiosa o preocupada sin una buena razón.

- ○ No, en ningún momento.
- ○ Casi nunca.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ Sí, con mucha frecuencia.

5. Me he sentido asustada o presa del pánico sin una buena razón.

- ○ Sí, bastante.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ No, no mucho.
- ○ No, en lo absoluto.

6. Ciertas cosas han podido más que yo.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevar las cosas para nada.
- ○ Sí, en ocasiones, no he podido sobrellevar las cosas tan bien como lo hago normalmente.
- ○ No, la mayor parte del tiempo he sobrellevado las cosas bastante bien.
- ○ No, he podido sobrellevar las cosas tan bien como siempre.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido problemas para dormir.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ No con mucha frecuencia.
- ○ No, en lo absoluto.

8. Me he sentido triste o abatida.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, con mucha frecuencia.
- ○ No con mucha frecuencia.
- ○ No, en lo absoluto.

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, con mucha frecuencia.
- ○ Sólo ocasionalmente.
- ○ No, nunca.

10. Me ha pasado por la mente la idea de causarme daño a mí misma.

- ○ Sí, con mucha frecuencia.
- ○ Algunas veces.
- ○ Casi nunca.
- ○ Nunca.

Magnolia® Health Plan

Si está teniendo pensamientos de hacerse daño a usted misma o a otra persona, vaya a la sala de emergencias más cercana o comuníquese <u>inmediatamente</u> con su médico u otro profesional de atención de la salud.

© 2010 Magnolia Health Plan.
All rights reserved.

From: Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Br.J.Psych., 150, 782

Start Smart for Your Baby®

Postpartum Depression Scale

Your Name: _____ Your Date of Birth: _____

Your Telephone Number: _____ Your Doctor's Name: _____

Your Medicaid ID number: _____

WE WOULD LIKE TO KNOW HOW YOU ARE FEELING. Please circle the answer which comes closest to describing how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today. **Then send the survey back to Magnolia Health Plan in the envelope provided.** The results of this assessment may be shared with your doctor. If you feel depressed, you can also call Magnolia at 1-866-912-6285 to get help right away. In the past 7 days...

1. I have been able to laugh and see the funny side of things.

- ○ As much as I always could.
- ○ Not quite so much now.
- ○ Definitely not so much now.
- ○ Not at all.

2. I have looked forward with enjoyment to things.

- ○ As much as I ever did.
- ○ Rather less than I used to.
- ○ Definitely less than I used to.
- ○ Hardly at all.

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, some of the time.
- ○ Not very often.
- ○ No, never.

4. I have been anxious or worried for no good reason.

- ○ No, not at all.
- ○ Hardly ever.
- ○ Yes, sometimes.
- ○ Yes, very often.

5. I have felt scared or panicky for no very good reason.

- ○ Yes, quite a lot.
- ○ Yes, sometimes.
- ○ No, not much.
- ○ No, not at all.

6. Things have been getting the best of me.

- ○ Yes, most of the time I haven't been able to cope at all.
- ○ Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual.
- ○ No,most of the time I have coped quite well.
- ○ No, I have been coping as well as ever.

7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, sometimes.
- ○ Not very often.
- ○ No, not at all.

8. I have felt sad or miserable.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, quite often.
- ○ Not very often.
- ○ No, not at all.

9. I have been so unhappy that I have been crying.

- ○ Yes, most of the time.
- ○ Yes, quite often.
- ○ Only occasionally.
- ○ No, never.

10. The thought of harming myself has occured to me.

- ○ Yes, quite often.
- ○ Sometimes.
- ○ Hardly ever.
- ○ Never.

If you are having thoughts of harming yourself or someone else, go to the nearest emergency room, or contact your doctor or another health care professional immediately.

Magnolia® Health Plan

From: Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Br.J.Psych., 150, 782

Start Smart for Your Baby®

Escala de Depresión Posparto

Su nombre: _____ Su fecha de nacimiento: _____

Su número telefónico: _____ El nombre de su médico: _____

Su número de identificación de Medicaid: _____

DESEAMOS SABER CÓMO SE SIENTE. Por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy. **Después envíe este cuestionario a Magnolia Health Plan en el sobre adjunto.** Los resultados de esta evaluación podrían informarse a su médico. Si se siente deprimida, también puede llamar a Magnolia al 1-866-912-6285 para recibir ayuda de inmediato. En los últimos 7 días...

1. He sido capaz de reír y de encontrar el sentido divertido de las cosas.

- ○ Tanto como siempre he podido.
- ○ No tanto actualmente.
- ○ Definitivamente no tanto actualmente.
- ○ No, en lo absoluto.

2. He esperado con gusto las cosas por venir.

- ○ Tanto como siempre lo he hecho.
- ○ Un poco menos de lo que acostumbraba.
- ○ Definitivamente menos de lo que acostumbraba.
- ○ Casi nada.

3. Me he culpado a mí misma innecesariamente cuando algo ha salido mal.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ No con mucha frecuencia.
- ○ No, nunca.

4. Me he sentido ansiosa o preocupada sin una buena razón.

- ○ No, en ningún momento.
- ○ Casi nunca.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ Sí, con mucha frecuencia.

5. Me he sentido asustada o presa del pánico sin una buena razón.

- ○ Sí, bastante.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ No, no mucho.
- ○ No, en lo absoluto.

6. Ciertas cosas han podido más que yo.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevar las cosas para nada.
- ○ Sí, en ocasiones, no he podido sobrellevar las cosas tan bien como lo hago normalmente.
- ○ No, la mayor parte del tiempo he sobrellevado las cosas bastante bien.
- ○ No, he podido sobrellevar las cosas tan bien como siempre.

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido problemas para dormir.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, algunas veces.
- ○ No con mucha frecuencia.
- ○ No, en lo absoluto.

8. Me he sentido triste o abatida.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, con mucha frecuencia.
- ○ No con mucha frecuencia.
- ○ No, en lo absoluto.

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando.

- ○ Sí, la mayor parte del tiempo.
- ○ Sí, con mucha frecuencia.
- ○ Sólo ocasionalmente.
- ○ No, nunca.

10. Me ha pasado por la mente la idea de causarme daño a mí misma.

- ○ Sí, con mucha frecuencia.
- ○ Algunas veces.
- ○ Casi nunca.
- ○ Nunca.

Magnolia® Health Plan

Si está teniendo pensamientos de hacerse daño a usted misma o a otra persona, vaya a la sala de emergencias más cercana o comuníquese <u>inmediatamente</u> con su médico u otro profesional de atención de la salud.

From: Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression (Detección de la depresión postnatal). Br.J.Psych., 150, 782