

Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas*

LUCÍA ORTEGA,^a TERESA LARTIGUE,^b MARÍA ELENA FIGUEROA^c

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión durante el último trimestre del embarazo y determinar la validez y la confiabilidad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS).

Material y métodos: Se llevó a cabo una investigación en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología, en una muestra de 360 mujeres, en las semanas 28-34 de gestación, que aceptaron libre e informadamente participar en el estudio. Se aplicó una batería de pruebas psicológicas, entre ellas, la EPDS.

Resultados: En relación con la validez de constructo de la versión en español, se identificaron dos factores con valores eigen superiores a 1.00, que dan cuenta del 50.3% de la varianza total: el primer factor agrupó los reactivos 1,2,7-10, que están más relacionados con "sentimientos depresivos"; y el segundo factor, se integró con los reactivos 3-6, más relacionados con ansiedad y/o transición hacia la maternidad. Respecto de la confiabilidad, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.818 en la escala global, un alfa estandarizada de 0.822 y un coeficiente de 0.75, por el método de mitades de Guttman. En el retest con 97 mujeres, a las seis semanas posparto, se obtuvieron coeficientes de correlación adecuados (0.792; 0.656 y 0.625). Se encontró que 21.7% de las mujeres de la muestra, podrían estar experimentando "un probable episodio depresivo".

Conclusiones: Se considera importante aplicar el EPDS como parte de los procedimientos diagnósticos habituales en el control prenatal, con objeto de identificar tempranamente a las mujeres en riesgo y hacer las indicaciones pertinentes para su atención y tratamiento.

PALABRAS GUÍA: Embarazo, depresión, diagnóstico, prevalencia, validez.

* Proyecto de investigación realizado con el apoyo económico de la Universidad Iberoamericana (UIA) y el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Las autoras agradecen la valiosa participación de las asistentes de investigación: Mtra. María Rodríguez Gómez del Campo y Lic. Yasmín Domínguez Chávez del Departamento de Educación y Desarrollo Humano de la UIA, quienes colaboraron en la aplicación y calificación de las pruebas psicológicas, así como en la captura de la base de datos. Asimismo, expresamos nuestro reconocimiento al Dr. Francisco Cabral Castañeda, Jefe de Consulta Externa del INPer por las facilidades brindadas para la realización de esta investigación.

^a Profesor numerario y Coordinadora del Posgrado en Desarrollo Humano, Universidad Iberoamericana

^b Investigadora Titular B Departamento de Epidemiología Reproductiva, Instituto Nacional de Perinatología, Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I

^c Maestra en Filosofía y candidata a maestra en Desarrollo Humano, Investigadora B, Universidad Iberoamericana

Correspondencia: Lucía Ortega.

Prolongación. Paseo de la Reforma 880, Lomas de Santa Fe, México D.F. 01210, tel. 62674088. E-mail: lucia.ortega@uia.mx

Recibido: 24 mayo de 2000

Aceptado: 10 septiembre de 2000

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del psicoanálisis se conceptualizan los estados depresivos y melancólicos con la siguiente sintomatología: 1) una desazón profundamente dolida, 2) cancelación del interés por el mundo exterior, 3) pérdida de la capacidad de amar, 4) inhibición de la productividad, 5) empobrecimiento del yo, que se caracteriza por, 6) autorreproches y/o 7) autodenigraciones, hasta llegar a 8) una delirante expectativa de castigo, o bien a 9) un delirio de insignificancia, o a la pérdida de respeto por sí mismo. Asimismo, el cuadro de minusvalía y/o de sentimientos de culpabilidad se puede acompañar de: 10) insomnio, 11) rechazo al alimento, 12) baja de la libido, 13) tendencia o alternancia con la manía, en donde el yo en lugar de estar sojuzgado por el objeto, lo domina, y 14) propensión al suicidio (Freud, 1917).¹ La etiología de la depresión es la misma que la del duelo normal que comparte los primeros cuatro síntomas, y tiene que ver con haber experimentado algún tipo de pérdida. Dicha pérdida puede ser de un objeto (esto es, de una persona significativa), o bien, la pérdida del amor del objeto, o la pérdida de una abstracción que haga sus veces como la patria, la libertad o un ideal. Sin embargo, en la melancolía, el sujeto no sabe *qué* perdió, debido a que la pérdida está sustraída de la conciencia.¹ Abraham² considera que la melancolía es el producto de un alto monto de erotismo y/o sadismo moral constitucional; señala que los factores presentes para la producción de un cuadro melancólico son: 1) una acentuación constitucional del erotismo oral; 2) la fijación de la libido a esa fase; 3) una seria ofensa al narcisismo infantil, antes de la superación del complejo de Edipo; y 4) la repetición en la vida posterior de la decepción primera.

Por su parte, Bleichmar³ considera que el núcleo de la depresión, en tanto estado, no se puede buscar en el llanto, ni en la tristeza, ni en la inhibición psicomotriz, que pueden faltar, sino en el tipo de ideas que poseen en común todos aquellos cuadros, en donde al menos una de estas manifestaciones, está presente. El contenido del pensamiento de la persona depresiva es la representación de un deseo que se percibe como irrealizable, deseo al que está intensamente fijado. La tristeza es la manifestación dolorosa ante este pensamiento; la inhibición, la renuncia ante el

carácter de realización imposible que el sujeto atribuye a su deseo; el llanto además de expresión de dolor, es el intento regresivo de obtener lo deseado mediante la técnica que resultó efectiva en la infancia: el autorreproche, la respuesta agresiva que se vuelve contra sí mismo por la frustración del deseo. Este autor distingue cuatro formas de depresión neurótica: simple o de duelo, narcisista, culposa y mixta. La depresión narcisista o culposa, a su vez depende de una misma condición: la estructura y patología del superyó, diferenciándose en el tipo de ideal en juego: la perfección narcisista o bien, el bienestar del objeto, así como en la intencionalidad de la agresividad. Lo anterior permite entender por qué es tan frecuente que coexistan, en un mismo individuo; en cambio en la pérdida simple, no existe la agresividad de la conciencia crítica o superyó.

Desde la psiquiatría, las diversas clasificaciones diagnósticas definen los principales criterios, con objeto de establecer un diagnóstico diferencial; el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994),⁴ ubica a la depresión dentro del Eje I, en el rubro de los trastornos del estado de ánimo; esta sección está dividida en episodios afectivos (episodio depresivo mayor, maníaco, mixto e hipo maníaco); trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado); trastornos bipolares (bipolar I, bipolar II, ciclotímico y trastorno bipolar no especificado); y otros trastornos del estado de ánimo (debido a una enfermedad médica, inducido por sustancias y no especificado). Los criterios para el episodio depresivo mayor se dividen en dos apartados. En el A) se tiene la presencia de cinco o más, de los siguientes síntomas(*)⁵ durante un período de dos semanas,(†) ⁶ que representan un cambio respecto de la actividad previa, se deben de experimentar casi todos los días y se requiere que uno de los síntomas debe ser el primero o el segundo de los que se enlistan a continuación: 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, según lo indica

* Roa (1990) subraya la importancia de indagar la forma en que cada sujeto vive cada síntoma.

† Cabe destacar que en los criterios diagnósticos de investigación (RDC, por sus siglas en inglés) se especifica que para establecer el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, los síntomas deben perdurar más de dos semanas, y como "probable" cuando duran entre una y dos semanas (Spitzer, Endicott y Robins, 1978).⁶

el propio sujeto; 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día; 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen, o aumento de peso; o bien, pérdida o aumento del apetito; 4) insomnio o hipersomnia; 5) agitación o enlentecimientos psicomotores; 6) fatiga o pérdida de energía; 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y 9) pensamientos recurrentes de muerte, ideación o tentativa de suicidio. El criterio B) especifica que los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto; el C) establece que los síntomas provocan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto; en el D) los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, como el hipotiroidismo; el último criterio E), tiene que ver con el hecho de que los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, o persisten durante mas de dos meses, o se caracterizan por una marcada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (DSM-IV).⁴

Cabe señalar que en el eje II, correspondiente a los trastornos de personalidad, First et al. incluyen al trastorno depresivo de la personalidad (no contemplado en el DSM-IV); este diagnóstico recomiendan hacerlo únicamente si los comportamientos y los pensamientos de carácter depresivo: “no aparecen exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explican mas adecuadamente por la presencia de un trastorno distímico”.⁷ Se caracteriza por los siguientes criterios: 1) el estado de ánimo habitual está presidido por sentimientos de abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad; 2) la concepción que el sujeto tiene, de sí mismo, se centra principalmente en sentimientos de impotencia, incapacidad y baja autoestima; 3) se critica, acusa o descalifica; 4) cavila y tiende a preocuparse por todo; 5) critica, juzga y lleva la contraria a los demás; 6) se muestra pesimista; y 7) tiende a sentirse culpable o arrepentido.

En lo referente al periodo perinatal, cabe recordar que comprende la gestación, parto, puerperio y el primer año de la vida (algunos autores lo extienden

hasta el tercer año), y que es una fase del ciclo vital de máxima vulnerabilidad; principalmente en países en vías de desarrollo -como México-, por las eventuales complicaciones que puede haber en el curso del embarazo, en el momento del parto y en los primeros años de la vida que enfrentan a la mujer y al recién nacido/a, con la posibilidad de enfermedad y/o muerte. Asimismo, por los profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el feto, por lo que ha sido conceptualizado este periodo como una “crisis del desarrollo” dentro del ciclo vital femenino.^{8, 9, 10, 11, 12} Los cuadros depresivos suelen pasar desapercibidos durante este periodo, por lo que no se brinda tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico a las mujeres embarazadas, con las consecuentes repercusiones psicosociales, no sólo para la mujer y el hijo/a, sino para todo el sistema familiar.^{13, 14, 15.}

MATERIAL Y MÉTODOS

Con objeto de determinar la prevalencia de depresión, antes y después del parto (entre otros objetivos), se llevó a cabo una investigación en el Instituto Nacional de Perinatología en una muestra de mujeres mexicanas.^{16,17} Se eligió como instrumento, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) en virtud de que fue diseñada y validada por Cox, Holden y Sagovsky¹⁸ para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal y posteriormente en la etapa prenatal (Murray y Cox, determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de la gestación).¹⁹ Su uso se ha extendido hasta los casi cuatro años postparto.²⁰

Debido a que el EPDS no se ha empleado previamente en México, se decidió también determinar las características psicométricas de la versión en español; esta prueba se ubica dentro de las escalas de autorreporte, y comprende diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo mayor o menor(*)^{3,4,6,7} los quince días anteriores a su aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración; requiere únicamente de

* Según la clasificación diagnóstica que se emplee

cinco minutos para ser respondida y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos, ya sea en sus hogares, en estudios de comunidad, o bien en clínicas, hospitales y centros de desarrollo infantil.²¹

En esta investigación realizada en el INPer, se decidió aplicar el EPDS, en el último trimestre de la gestación a una muestra de mujeres, que decidieron libre e informadamente participar en la investigación y que reunieron los siguientes criterios de inclusión: tener entre 28 a 34 semanas de gestación, escolaridad mínima de primaria, ausencia de trastornos psicóticos o de síndromes orgánicos y disponibilidad para regresar a las seis semanas postparto para el retest. Los criterios de exclusión, fueron: la muerte del bebé o dar a luz un bebé con malformaciones congénitas. En total 360 mujeres decidieron participar, el porcentaje de aceptación fue de 80%, se considera que las mujeres que no aceptaron participar (72) poseían una condición socioeconómica similar, a la de las mujeres que sí aceptaron por escrito formar parte del estudio.

En la sala de espera de la consulta externa del INPer, se llevó a cabo, del 1 de febrero al 30 de junio de 1997, la aplicación del EPDS y de otros instrumentos de autorreporte, como el Cuestionario General de Salud de Goldberg²² en la versión de 30 reactivos (GHQ-30, sugerida por Medina-Mora et al.,²³ y previamente validado en el INPer por Gómez et al.,²⁴ y González-Forteza et al.,²⁵ el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo de Spielberger et al.²⁶ (STAI, versión en español de Spielberger y Díaz Guerrero;²⁷ normalizado para el INPer por Morales y González,²⁸ y la Escala de Locus de Control de Rotter (I-E Scale).²⁹ Se les solicitó a las mujeres embarazadas responder los instrumentos sin discutir sus respuestas con ninguna otra persona; completaron también un breve cuestionario sociodemográfico; asimismo se les pidió responder de nueva cuenta el EPDS y el GHQ, cuando asistían a su evaluación médica a las seis semanas postparto (cabe mencionar que sólo 97 mujeres respondieron las dos pruebas en este periodo). De los expedientes, se obtuvo la clasificación socioeconómica, así como datos de la historia reproductiva y de las condiciones de los recién nacidos/as. El protocolo del estudio

fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Perinatología y de la Universidad Iberoamericana.

En lo referente a la validez del EPDS, el primer paso consistió en traducirlo al español por dos de las autoras (Ortega L y Figueroa ME) de manera independiente; posteriormente se pusieron de acuerdo para llegar a un consenso. Se consideraron las equivalencias de contenido (relevante para estudiar depresión en ambas culturas); de semántica (permaneció el significado de los reactivos después de la retrotraducción); de técnica (se ha empleado la misma técnica de medición previamente en el INPer)³⁰; y conceptual (Flaherty et al., 1988)³¹ con objeto de que el EPDS fuera sensible a la diversidad cultural del país. El segundo paso, fue traducir la versión consensada de nueva cuenta al inglés, por otras dos personas cuya lengua materna era el inglés. El tercero consistió en comparar las dos versiones en inglés: la original y la retrotraducida, se encontró que ambas versiones eran similares; por último, se comparó la versión en español, con la propuesta por Cox y Holden,²¹ habiéndose observado que la traducción de los reactivos 3, 4, 5, 7, 8, 9 y 10 era prácticamente idéntica, en los demás reactivos, había ligeras diferencias.^{4(*)}

En la determinación de las propiedades psicométricas, Latiesa³² distingue tres tipos de validez: de contenido (aparente o facial o lógica), teórica o de constructo y de criterio (concurrente o predictora). Respecto de la confiabilidad se puede obtener a través del coeficiente de consistencia interna, mediante el método de las dos mitades; o bien, mediante el modelo del universo de items (conocido como coeficiente alfa de Cronbach, y/o coeficiente estandarizado); la confiabilidad concebida como equivalencia, a través de formas paralelas; y por último, la estabilidad a través del tiempo, que se evalúa a través del método del test-retest. La validez de constructo se obtuvo a través del análisis factorial, con rotación varimax²³ y la confiabilidad, mediante los coeficientes de consistencia interna y los coeficientes de correlación obtenidos por el método

* Nuestra traducción del segundo adjetivo del reactivo 1 coincide más con la versión en portugués, en nuestro caso "chistoso", en el suyo "divertido", mientras que en la traducción en español, efectuada al parecer en Inglaterra, aparece como "bueno".

del test-retest (en la submuestra de las 97 mujeres que respondieron nuevamente el cuestionario a las seis semanas posparto). Para el análisis de los datos, se empleó el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS, versión 8.0).

RESULTADOS

El promedio de edad de las mujeres fue de 28.1 años, la desviación estándar (DE) fue de 6.9, de las cuales 67.2% se encontraba en un rango de edad entre 20 y 34 años; 19.2% entre los 35 y 43 años y 13.6% entre los 16 y 19 años. Respecto a su estado civil, el 70.8% de las mujeres estaba casada, 17.8% en unión libre y 11.4% eran solteras. En lo referente al lugar de residencia, 77.2% vivía en la Ciudad de México y el resto radicaba en otros estados del país. En relación al número de gestas, 35.8% eran primigestas y 64.2% multigestas (41.4% tenía de uno a dos hijos/as vivos/as, 17.8% de tres a cuatro y 50%, cinco o más).

El 29.1% de las mujeres había experimentado uno o dos abortos y el 7.9%, tres o cuatro. De acuerdo con la clasificación socioeconómica del INPer, el 42.0% se ubicó en el nivel más bajo, el 51.1% en el nivel medio y el 6.9% en el alto. En lo relativo a escolaridad, 7.5% había concluido la enseñanza primaria, 31.4% la secundaria, 21.1% un nivel técnico, 20.3% preparatoria o bachillerato y 19.7% una licenciatura. La ocupación principal era el hogar en 81.7% de las mujeres y 12.5% tenían un empleo fuera del hogar de tiempo completo.

En lo referente al uso de métodos anticonceptivos, 80.8% declaró no haberlos empleado en los meses previos a la gestación y 51.4% manifestó que su embarazo había sido planeado de manera intencional. En cuanto al estado de gravidez, 46.1% de las mujeres cursaban con un embarazo de alto riesgo y 18.3% sufrió complicaciones durante el parto. La resolución del embarazo fue por vía vaginal en el 43.3% de los casos, por operación cesárea programada 27.5% y por operación cesárea no programada 22.5% (cabe señalar que el 6.7% de las mujeres encuestadas inicialmente en la consulta externa, se atendió en otro hospital); la distribución del sexo de los bebés que nacieron en el INPer fue muy semejante.

A través del análisis factorial, se identificaron dos factores con valores eigen superiores a 1.00 (que dan cuenta del 50.3% de la varianza total,

después de la rotación varimax); estos factores fueron fácilmente identificables en la medida que se iban agrupando. Fue posible construir dos subescalas, al tomar los reactivos con la mayor carga factorial, los datos se presentan en la Tabla 1 y por razones de claridad, se omitieron las cargas inferiores a 0.400. El primer factor (F1) agrupó los reactivos 1, 2, 7, 8, 9 y 10, que están mas relacionados con "sentimientos depresivos"; el segundo factor (F2) se integró con los reactivos 3, 4, 5 y 6 y fue denominado en el estudio de validación en Holanda como "ansiedad cognoscitiva".³³ (Ver tabla 1).

Tabla 1
Rotación varimax versión en español EPDS
en mujeres embarazadas (n= 360)

	Factor 1	Factor 2
Valores Eigen	3.936	1.092
Porcentaje de varianza	39.356	10.922
Carga factorial		
1. He podido reirme/chistoso	0.424	
2. Anticipar con gusto	0.446	
3. Culpado innecesariamente		0.542
4. Angustiada/preocupada		0.752
5. Asustada/con miedo		0.694
6. Rebasada		0.631
7. Infeliz/problemas dormir	0.685	
8. Triste/desgraciada	0.722	
9. Triste/llorado	0.660	
10. Hacerme daño	0.774	

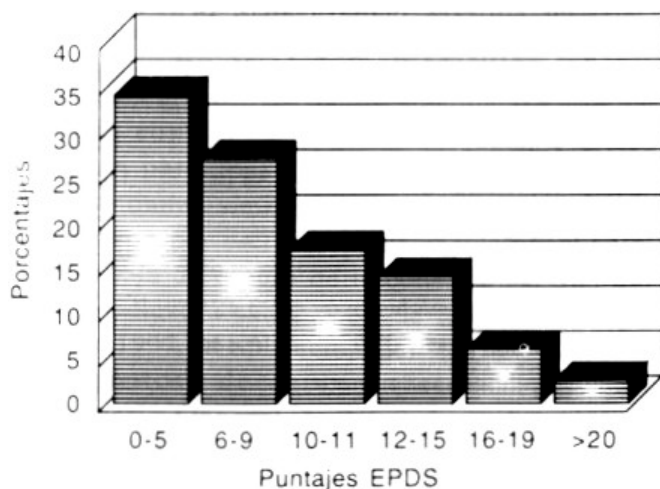
La confiabilidad obtenida a través del método de mitades de Guttman en la muestra total (N=360) fue de 0.75; el coeficiente alfa para la primera mitad (reactivos del 1 al 5) fue de 0.73 y para la segunda mitad (preguntas 6 a la 10) de 0.70. La consistencia interna, calculada a través del coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0.818 para los diez reactivos; el valor de alfa estandarizado fue de 0.822. El valor de alfa por factor, fue de 0.770 para el factor 1 y de 0.690 para el factor 2 (y de 0.73, si se elimina el reactivo seis).

En lo referente a la estabilidad del EPDS, obtenida mediante el método test-retest (n=97),

se obtuvo un coeficiente de correlación intraclases de 0.792, de Pearson = 0.656 y de Spearman = 0.625, los tres significativos con un nivel de probabilidad menor a 0.001.

Respecto de la prevalencia de depresión en el último trimestre de la gestación, se encontró que el 21.7% de las mujeres estudiadas obtuvieron un puntaje de doce o más en la EPDS, lo que habla de la existencia de "casos probables" de mujeres con sintomatología depresiva (Figura 1).

Figura 1 Distribución de los puntajes de la versión en español del EPDS en mujeres embarazadas (N= 360)



Se obtuvo en la muestra global una media en la EPDS de 8.1; DE 4.9; mediana de 8.0; moda 10.0; sesgo 0.627; error estándar 0.129, *kurtosis* 0.322 y error estándar 0.256.

Por otra parte, la media de las mujeres con probable depresión (n= 78) fue de 15.06 (DE= 3.22) y para las no probablemente deprimidas (n= 282) fue de 6.21 (DE = 3.23). La prueba t para muestras independientes, fue de 21.36 (p = 0.001; asumiendo varianzas iguales con un intervalo de confianza al 95%, de 8.03 a 9.65).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación muestran una gran semejanza con los realizados en otros países, de manera particular con el estudio realizado con la versión en holandés del EPDS llevada a cabo con 293 mujeres a las cuatro semanas

postparto, específicamente en lo referente a la validez de constructo y a los coeficientes de confiabilidad.³³ Los reactivos se distribuyeron de la misma manera, en los factores uno y dos; no obstante las enormes diferencias culturales entre los dos países (México y Holanda). También fueron distintos, la etapa de aplicación del instrumento: en el primer estudio, durante el último trimestre de la gestación y en el segundo, al final del primer mes después del parto; así como el sitio de aplicación de la EPDS (hospital *versus* el hogar).

Las diferencias con la versión en francés, respecto de la agrupación de los reactivos, son pequeñas. Los resultados de la investigación llevada a cabo por Guedeney y Fermanian³⁴ en 87 mujeres, en la 16 semana postparto, muestran que únicamente los reactivos 7 y 9 se agruparon en un factor diferente; posiblemente, debido a que la EPDS fue aplicada con varias semanas de diferencia: dentro del hogar y a mujeres con un promedio de edad más alto (30.4 años); o bien al hecho de que las mujeres francesas de este estudio, colocaron a la infelicidad (ya sea con dificultades para dormir o con manifestaciones de llanto), dentro de lo que los autores consideran como "síntomas no específicos de los trastornos depresivos" de acuerdo al criterio B, del RDC,⁶ esto es, en el factor dos.

Si bien, en el estudio de validación de la versión suiza (258 mujeres en la sexta semana del postparto, en centros de salud infantil) no se realizó un análisis factorial, Lund y Gyllang,³⁵ a través de un análisis clínico cualitativo, observaron que las mujeres que seleccionaron las alternativas "algunas veces" y "a menudo" en los reactivos del Factor uno (con excepción de la pregunta cinco), y que obtuvieron puntajes altos en esta subescala, habían sufrido de depresión postnatal. Principalmente al haber admitido no estar de humor, o no ser optimista respecto del futuro, o haber respondido, de manera afirmativa la pregunta 10, que tiene que ver con ideación suicida. En cambio, los reactivos 3, 4 y 6 parecen estar asociados más con los ajustes que requiere la transición a la maternidad en general, que con la sintomatología depresiva que se explora en el Factor uno. Los autores señalan la conveniencia de reconocer los diferentes patrones de respuesta en la EPDS, principalmente cuando se aplica antes de iniciar un proceso de orientación o de psicoterapia.

Green³⁶ por su parte manifestó tener problemas con el reactivo 10 en Inglaterra, debido que durante el embarazo, el 86% de las mujeres respondieron que nunca habían pensado en hacerse daño (alternativa que se califica con cero). Sin embargo, este reactivo, si es contestado afirmativamente durante la gestación, podría tener un valor pronóstico o predictivo que habría que explorar a profundidad en una entrevista subsecuente. Por otra parte, el que se hubieran encontrado dos factores en lugar de uno, podría estar relacionado con el hecho de que tres preguntas fueron derivadas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) de Zigmond y Snaith (ver Cox).³⁷

Al considerar el EPDS como una escala global, se confirma su buena consistencia interna; los coeficientes alfa obtenidos en esta muestra mexicana son similares a los obtenidos en la versión holandesa (0.80 por mitades. 0.69 en la primera mitad, 0.73 en la segunda; 0.80 alfa de Cronbach y 0.82 alfa estandarizado).³³ El valor de alfa fue mayor que el de la versión en francés que fue de 0.76.³⁴ Debido a que los niveles alfas por factor fueron inferiores al alfa global, se recomienda usar la versión completa de 10 reactivos (se espera mejorar la redacción del reactivo 6 con objeto de incrementar la consistencia interna del F2). Para fines de orientación o psicoterapia es aconsejable identificar, en cuál factor obtuvo la mujer embarazada un puntaje mayor, así como el contenido específico de los reactivos con calificaciones más altas, para de esta manera poder focalizar las intervenciones terapéuticas durante la gestación.

La prevalencia de depresión fue superior a la reportada por Murray y Cox¹⁹ en el embarazo que fue de 14%, posiblemente porque su punto de corte fue más elevado (12/13); si incrementáramos nuestro punto de corte (en lugar de 11/12 a 12/13) la prevalencia de probable depresión sería de 16.6%, cifra muy parecida a la reportada por ellos en Inglaterra en las mismas semanas de gestación; similar también a la encontrada en la semana 24 de gestación en Portugal (16.7%).³⁸ González y Morales³⁰ en un estudio anterior en el INPer con 109 mujeres embarazadas, encontraron un mayor grado de depresión que el reportado

por Zung en el estudio de normalización (al comparar los puntajes crudos en la Escala de Automedición de la Depresión, obteniendo una diferencia de cuatro puntos). Señalan los autores que el embarazo y el inicio de la vida reproductiva, a pesar de estar rodeados de grandes expectativas e ilusiones, implican en el fondo una pérdida de objetos. Cabe destacar que estudios realizados en diferentes países, describen la asociación existente entre depresión o ansiedad y una condición socioeconómica desfavorable, ser mujer y con un bajo nivel de escolaridad.³⁹

Las diferencias estadísticamente significativas obtenidas al comparar las medias de las mujeres con probable depresión y sin probable depresión, indican que la versión en español de la EPDS, permite distinguir también la severidad de la depresión, como lo habían señalado Cox, Holden y Sagovsky en el estudio inicial de validación.¹⁸ Sería importante que las mujeres que obtuvieran puntajes altos en el EPDS, tuvieran la oportunidad de tener una interconsulta con un especialista en salud mental con el fin de valorar su estado mental y emocional, y confirmar clínicamente –o no, el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. De esta forma, se podrían efectuar las recomendaciones pertinentes dentro del medio familiar, así como determinar la necesidad o no, de un tratamiento psicoterapéutico durante el embarazo.⁴⁰

En conclusión, se confirma la validez de constructo y la confiabilidad de la versión en español del EPDS para evaluar sintomatología depresiva durante la gestación; la tasa de 21.7% de mujeres con probable depresión advierte de la conveniencia de identificar de manera oportuna este padecimiento en la consulta externa de los hospitales del sector público y privado (tal vez podría ser un procedimiento diagnóstico adicional del control prenatal). La principal limitación del estudio tiene que ver con el hecho de que no se confirmó clínicamente el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, lo cual será objeto de otra investigación. Coincidimos con Cox y Holden²¹ en la recomendación de modificar el nombre de la Escala de Depresión Postnatal cuando se emplee durante el embarazo y llamarle Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, si bien con las mismas siglas: EPDS.

ABSTRACT

Objective: To determine the depression prevalence during the last trimester of the pregnancy and to determine the validity and confiability of the Scale of Perinatal Depression of Edinburgh (SPDE).

Material and Methods: It was carried out an investigation in the external consultation of the National Institute of Perinatología, in a sample of 360 women, in the weeks 28-34 of gestation that accepted free and informedly to participate in the study. A battery of psychological tests was applied, among them, the SPDE.

Results: In connection with the validity of constructo of the Spanish's version, two factors were identified with eigen values superiors at 1.00 that give bill of 50.3% of the total variance: the first factor contained the answers 1,2,7-10 that are more related with depressive feelings"; and the second factor, was integrated with the answers 3-6, more related with anxiety and/or transition toward the maternity. Regarding the confiability, an alpha of Cronbach 0.818 was obtained in the global scale and a standardized alpha of 0.822 and 0.75, for the method of halves of Guttman. In the retest with 97 women, to the six weeks postpartum, appropriate correlation coefficients were obtained (0.792; 0.656 and 0.625). It was found that 21.7% of the women of the sample, they could be experienced a "probable depressive episode."

Conclusions: It is considered important to apply the EPDS like part of the procedures habitual diagnoses in the prenatal control, with object of to early identify to the women in risk and to make the pertinent indications for their attention and treatment.

Key words: Pregnancy, depression, diagnosis, prevalence, validity.

REFERENCIAS

1. Freud S. Duelo y melancolía. Obras Completas, (trad.) J. Luis Etcheverry, Buenos Aires: Amorrortu; 1917, primera reimpression 1984, Tomo XIV. p. 235-55.
2. Abraham K. Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales. En: Abraham K. Psicoanálisis Clínico, Capítulo XXVI, Buenos Aires; Hormé; 1924, 2ª Ed. 1959. p. 319-65.
3. Bleichmar H. La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión; 1976, 2ª. Ed. 1978.
4. Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1994, edición en inglés, 1995 en español.
5. Roa-Rebolledo A. Psicopatología y clínica de la depresión mayor. Revista de Psiquiatría Clínica (Santiago de Chile)1990; 27(2): 99-117.
6. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. Archives of General Psychiatry.1978; 36: 773-82.
7. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams JB, Smith-Benjamín L. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV. SCID-II; Barcelona: Masson; 1999.
8. Bibring G, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother child relationship. The Psychoanalytic Study of the Child 1961; XVI: 9-72.
9. Lartigue T, Vives J. La formación del vínculo materno-infantil. Un estudio comparativo longitudinal. Revista Mexicana de Psicología 1992; 9(2): 127-42.
10. Vives J, Lartigue T. Factores psicológicos del periodo perinatal. En: Lartigue T. (comp.)Salud Comunitaria: Una visión panamericana, México: Universidad Iberoamericana; 1991. p. 135-49.

11. Vives J, Lartigue T (comps.). Apego y vínculo materno-infantil. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Asociación Psicoanalítica Jalisciense; 1994.
12. Vives J, Lartigue T. (2001). La adolescente embarazada. Una visión psicoanalítica. En: E. Dallal (coord.) Caminos del Desarrollo Psicológico. Vol. III. México: Plaza y Valdés; 2001. p. 167-227.
13. Morales-Carmona F, Sánchez-Bravo C, Rivero-Corredor J. Depresión materna y desarrollo infantil en hijos de madres deprimidas y no deprimidas. *Perinatol Reprod Hum* 1996; 10(1): 7-12.
14. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. New York: The Guilford Press, 1997.
15. Klimes-Dougan B, Free K, Ronsaville D, et al. Suicidal ideation and attempts: A longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(6): 651-9.
16. Lartigue T, Ortega L. Análisis de la ansiedad y depresión como respuesta ante la cesárea y su relación con el locus de control. Proyecto de investigación no. 212250-08101, registrado en la Dirección de Investigación del Instituto Nacional de Perinatología, 1997-2000.
17. Ortega L. Análisis de la ansiedad y depresión como respuesta ante la cesárea y su relación con el locus de control. Tesis inédita para obtener el grado de doctora en investigación psicológica, México, Universidad Iberoamericana; 1997.
18. Cox JL, Holden JM y Sagovsky R. Detection of the postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
19. Murray D, Cox JL. Screening for postnatal depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1990; 8: 99-109.
20. Cox J, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Non-Postnatal Women. *Journal of Affective Disorders* 1996; 39: 185-9.
21. Cox J, Holden J. Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Royal College of Psychiatrists 1994, reimpresión Glaskell; 1996.
22. Goldberg P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
23. Medina-Mora M, Padilla G, Campillo-Serrano C, Mas C, Ezban M, Caraveo J, Corona J. (1983). The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine* 1983; 13: 355-61.
24. Gómez EM, Morales-Carmona F, Aretia PA, Gutiérrez-Calderón E. (1990). Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. *Ginecología y Obstetricia de México* 1990; 58: 112-6.
25. González-Forteza C, Morales-Carmona F, Gutiérrez-Calderón E. Indicadores clínicos de malestar psicológico en pacientes obstétricos y ginecológicos. Un estudio comparativo en México. *Psicopatología*. 1992; 12(4): 147-52.
26. Spielberger ChD, Gorsuch RL, Lushene RR. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, Calif: Consulting Psychologists Press; 1970.
27. Spielberger C, Díaz Guerrero R. IDARE. Inventario de ansiedad: rasgo-estado. Primera parte. México: Manual Moderno; 1975.
28. Morales-Carmona F, González-Campillo G. Normalización del instrumento de ansiedad (Inventario de Ansiedad de Rasgo y estado de Spielberger) en mujeres embarazadas; *Revista Mexicana de Psicología*. 1990; 7 (1-2): 75-80.
29. Rotter J. External Control and Internal Control. *Psychology Today* 1971; (June): 37-40.
30. González-Campillo G, Morales-Carmona F. Normalización de un instrumento para medir la depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 1993; 7(3): 110-3.
31. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D et al. Developing instruments for cross cultural psychiatry research. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176(5): 257-63.
32. Latiesa M. Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En: M. García, J. Ibáñez y F. Alvira, (comps.) El análisis de la realidad social, Madrid: Alianza Editorial, 1996. p. 335-64.

33. Pop VJ, Komproe IH, van Son MJ. Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders* 1992; 26: 105-10.
34. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 83-9.
35. Lundt W, Gyllang C. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in some Swedish Child Health Care Centers. *Scand J Caring Sci* 1993; 7: 149-54.
36. Green J. Postnatal depression or perinatal dysphoria? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1998; 16(2-3): 143-55.
37. Cox J. Postnatal depression. A guide for health professionals. New York: Churchill Livingstone; 1986.
38. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after child-birth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 30-5.
39. Patel V, Araya R, de Lima M, et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine* 1999; 4(11): 1461-71.
40. Vives J, Lartigue T. Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia. México: Universidad Iberoamericana, 1994b.