

Gracia Maroto Navarro, María del Mar García Calvente, Antonio Fernández Parra
Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 5, núm. 2, mayo, 2005, pp. 305-318,
Asociación Española de Psicología Conductual
España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750206>

**International Journal of
Clinical and Health
Psychology**

*International Journal of Clinical and Health
Psychology,*

ISSN (Versión impresa): 1697-2600

jcsierra@ugr.es

Asociación Española de Psicología Conductual
España

¿Cómo citar?

Fascículo completo

Más información del artículo

Página de la revista

www.redalyc.org

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo¹

Gracia Maroto Navarro² (*Escuela Andaluza de Salud Pública, España*),
María del Mar García Calvente (*Escuela Andaluza de Salud Pública, España*) y
Antonio Fernández Parra (*Universidad de Granada España*)

(Recibido 12 de julio 2004/ Received July 12, 2004)
(Aceptado 3 de noviembre 2004 / Accepted November 3, 2004)

RESUMEN. En este estudio instrumental se analizan las características psicométricas de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en relación con el Inventario de Depresión de Beck en una población de la Costa y Axarquía de Málaga (España). Específicamente se analiza la consistencia interna y la estructura factorial de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, y la validez de convergencia y la eficacia diagnóstica entre escalas. Se utiliza una muestra de madres seleccionadas en el momento del alta hospitalaria después del parto, autoadministrando simultáneamente las dos escalas señaladas, en el propio hospital donde dan a luz. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se agrupa básicamente en torno a dos factores (tristeza y ansiedad) y muestra una alta consistencia interna (0,79). Aunque hay convergencia general con el Inventario de Depresión de Beck, no muestran correlación dos de los ítems. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo se establece como aquella con más poder diagnóstico, con el punto de corte 8 como más apropiado para clasificar madres con estado de ánimo deprimido, tomando como referencia el Inventario de Depresión de Beck.

PALABRAS CLAVE. Depresión postparto. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Alta postparto. Estudio instrumental.

¹ Agradecemos la colaboración de los Servicios de Pediatría, Ginecología y Obstetricia del Hospital Costa del Sol de Marbella y del Hospital General Básico de la Axarquía de Vélez-Málaga, Málaga, Andalucía.

² Correspondencia: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070. 18080 Granada (España). E-mail: gracia.maroto.easp@juntadeandalucia.es

ABSTRACT. Psychometric characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale are studied in a instrumental study in relation to the Beck Depression Inventory with population from the Costa del Sol and Axarquía of Málaga (Spain). Specifically, internal consistency and factor analysis of the Edinburgh Postnatal Scale have been analysed, in addition to concurrent validity and diagnostic efficiency between scales. A sample of mothers are selected at the postpartum discharge. The Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Beck Depression Inventory were used simultaneously in the hospital where the mothers had their delivery. The Edinburgh Postnatal Depression Scale is basically grouped around two factors (sadness and anxiety). This scale shows a high internal consistency (0,79). In general, the Edinburgh Postnatal Depression Scale converges with the Beck Depression Inventory, except two items. The Edinburgh Postnatal Depression Scale has the powerful diagnostic and the 8 point is the most suitable to classify mothers with depression mood, with reference to the Beck Depression Inventory.

KEY WORDS. Postpartum depression. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Postpartum discharge. Instrumental study.

RESUMO. Neste estudo instrumental analisam-se as características psicométricas da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo em relação com o Inventário de Depressão de Beck numa população da Costa e Axarquía de Málaga (Espanha). Especificamente analisa-se a consistência interna e a estrutura factorial da Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo, e a validade de convergência e a eficiência de diagnóstico entre as escalas. Utiliza-se uma amostra de mães seleccionadas no momento da alta hospitalar depois do parto, auto-administrando simultaneamente as duas escalas referidas, no próprio hospital onde dão à luz. A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo agrupa-se basicamente em torno de dois factores (tristeza e ansiedade) e apresenta uma alta consistência interna (0,79). Ainda que tenha convergência geral com o Inventário de Depressão de Beck, as mesmas não apresentam correlação em dois dos itens. A Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo apresenta-se como aquela que tem mais poder de diagnóstico, com o ponto de corte 8 como o mais apropriado para classificar mães com humor deprimido, tomando como referência o Inventário de Depressão de Beck.

PALAVRAS CHAVE. Depressão pós-parto. Escala de Depressão pós-natal de Edimburgo. Alta pós-parto. Estudo instrumental.

Introducción

Aunque suele pasar inadvertida, un gran porcentaje de mujeres experimenta la denominada depresión postparto. Normalmente, se caracteriza por síntomas como tristeza, llanto, cambios repentinos de humor, extrema sensibilidad, fatiga, dificultad para conciliar el sueño y pérdida de apetito. Cuando los síntomas aparecen en los primeros días postparto y desaparecen en no más de 10 días, es denominada depresión postparto suave o *blues maternity*. Las cifras de incidencia son muy dispares. Habitualmente se ha considerado este trastorno del estado de ánimo como el más frecuente en el puerperio, oscilando entre 50%-80% de los partos (Gjerdinger y Chaloner, 1994; Machado, García, Moya, Bernabeu y Cerdá, 1997; O'Hara, 1986). Ahora bien, algunos trabajos

más recientes apuntan tasas más bajas, del 45% (Hau y Levy, 2003; Nappi *et al.*, 2001) e incluso del 24% en países orientales, en donde está siendo extensamente analizado este trastorno (Yamashita y Yoshida, 2003). En España, Mosteiro y Villaverde (1991) afirman que entre la mitad y las dos terceras partes de las mujeres que dan a luz un hijo normal experimentan breves episodios de inestabilidad emocional. Pérez, Botín y Núñez (1995) informan que un tercio de las nuevas madres está afectado por este tipo de depresión leve. Aunque algunos autores consideran la depresión en el postparto como un trastorno de similar frecuencia a la depresión en mujeres en cualquier otro período de la vida (Campbell y Cohn, 1991; Cox, Murray y Chapman, 1993), otros como Augusto, Kumar, Calheiros, Matos y Figueiredo (1996), afirman que el postparto constituye un período de mayor vulnerabilidad, en el que el riesgo de padecer este trastorno es el doble que en cualquier otra etapa. La tendencia más habitual encuadra las alteraciones emocionales en el período postnatal dentro de una situación de estrés y en relación a la falta de un adecuado apoyo social, historia previa de psicopatologías o problemas de pareja. Recientemente, se señalaron otros elementos que intervienen en la aparición del trastorno, como el estado civil, la clase social y/o la planificación del embarazo (Beck, 2001).

La depresión postparto conlleva consecuencias negativas para las propias mujeres, que ven deteriorado su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales. También para el desarrollo del niño/a, que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo (Grace, Evindar, Stewart, 2003; Pedrós y Tomás, 1999).

Son muchas las dificultades que encuentran los investigadores en precisar los diagnósticos de depresión, tanto por la diversidad de sistemas clasificatorios como por la gran variedad de instrumentos de medida utilizados para la valoración estadística de los resultados. Una de las alternativas de medición son las escalas que se basan en el supuesto de que la detección de determinados síntomas predicen el desarrollo de episodios depresivos (Herrán, Ayuso y Vázquez-Barquero, 1997). El Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) (Cox, Holden y Sagovsky, 1987) han sido ampliamente utilizadas para evaluar la depresión postparto; el BDI como escala genérica para detectar sintomatología depresiva y el EPDS como escala específica después del parto. El BDI es el instrumento autoaplicado más utilizado en la evaluación de la depresión en todo el mundo. A partir de su construcción en 1961, la prueba ha sido utilizada en más de 2000 estudios empíricos (Richter, Werner, Heerlein, Kraus y Saber, 1998). Se trata de un instrumento muy empleado, tanto en el ámbito de investigación como en el clínico. Se ha probado en poblaciones diferentes incluyendo poblaciones de embarazadas y mujeres en el postparto (Beck, Reynolds y Rutowski, 1992; O'Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000). Se ha comprobado su utilidad de forma reiterada, y ha sido validado en sus diferentes versiones y adaptaciones en múltiples países. La escala EPDS fue diseñada por Cox *et al.* (1987) en Edimburgo, específicamente para detectar estados depresivos en el período postnatal. Es un instrumento específico muy utilizado en estudios

actuales, en el ámbito de la salud materno-infantil, sobre todo en población anglosajona. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de muy diferentes países como Alemania (Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer y Dapunt, 1998), Arabia Saudí (Ghubash y Abou-Saleh, 1997), Australia (Boyce, Stubbs y Todd, 1993), Canadá (Zelkowitz y Millet, 1995), Chile (Jadresic, Araya y Jara, 1995), China (Lee *et al.*, 1998), Francia (Guedeny y Fermanian, 1998), Holanda (Pop, Komproe y Van Son, 1992), Italia (Carpiniello, Pariante, Serri, Costa y Carta, 1997), Japón (Okano *et al.*, 1996), Nepal (Regmi, Sligl, Carter, Grut y Seear, 2002), Nigeria (Uwakwe, 2003), Noruega (Ederhard-Gran, Eskild, Tambs, Schei y Opjordsmoen, 2001), Perú (Vega-Dienstmaier, Mazzotti y Campos, 2002), Portugal (Areias, Kumar, Barros y Figueiredo, 1996), Singapur (Kok, Chen y Ratnam, 1994), Suecia (Wickberg y Hwang, 1996) y Vietnam (Matthey y Barnett, 1997). Su utilización en población española aún parece escasa, aunque recientemente se han obtenido datos de validación en España de acuerdo a los criterios del DSM-IV (García-Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro, 2002; Ascaso *et al.*, 2003). No obstante, no se encuentran datos concretos acerca de sus propiedades psicométricas en población española: fiabilidad, estructura factorial, y sensibilidad y especificidad en relación a otras medidas más utilizadas en este ámbito.

Por tanto, el objetivo del presente estudio instrumental (Montero y León, 2005) es, no tanto establecer la validación del instrumento, sino conocer algunas características de esta escala cuando es utilizada en el momento del alta hospitalaria después del parto y en población española (concretamente en el ámbito de la Costa del Sol y la Axarquía de Málaga). Se propone explorar el funcionamiento individual de sus ítems, consistencia interna y estructura factorial, así como se pretende conocer la convergencia con el Inventario de Depresión de Beck y la eficacia diagnóstica en relación a este último instrumento de uso tan extendido. En la redacción de este artículo se siguieron las pautas de Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

El análisis de la EPDS se realiza en el seno de un estudio general³, en el que se estudian diversas variables de salud entre las que se encuentra el estado de ánimo.

Participantes

Se seleccionó una muestra de 75 madres de dos hospitales públicos de la costa malagueña con similares protocolos de actuación en relación con el proceso de parto

³ «Repercusiones del tipo de alta hospitalaria postparto de madres y recién nacidos sanos sobre la salud, satisfacción y utilización de servicios sanitarios». Financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), expediente nº 97/0005-01 y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Expediente nº 41/98.

y postparto. Las madres son residentes en las comarcas de la Costa del Sol y la Axarquía de Málaga (España). Todas tuvieron un parto vaginal único sin complicaciones, y tanto ellas como sus hijos/as, tenían un buen estado de salud y no presentaban ningún riesgo social que dificultara el proceso de alta. Las madres fueron seleccionadas a medida que recibieron el alta hospitalaria después del parto, de entre todas las que dieron a luz y cumplían los criterios de inclusión anteriormente señalados, durante un período de 38 días consecutivos, iniciado simultáneamente en los dos hospitales. De acuerdo a la frecuencia de partos en ambos hospitales durante el período de captación muestral, se incluyeron 50 madres de un hospital y 25 del otro. En el período de recogida de información 135 madres dieron a luz en total en los dos hospitales de estudio, de las cuales 80 cumplieron los criterios de inclusión y 75 aceptaron participar (93,8%).

Instrumentos de evaluación

Se utiliza un cuestionario estructurado para recoger datos sociodemográficos y otras variables de salud, donde se incluyen dos instrumentos autoaplicados de evaluación del estado de ánimo: el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (adaptación de Vázquez y Sanz, 1997) y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (versión traducida al castellano en Cox y Holden, 1994). Los 21 ítems del BDI son frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad de los síntomas, de neutral a máxima severidad. Esta versión del instrumento incluye cuatro opciones de respuesta por ítem, a las que se asigna un peso de 0 a 3. Excepcionalmente contiene un ítem relativo al sentimiento de castigo (ítem 6) que presenta cinco alternativas de respuesta, aunque a dos de ellas se les asigna el mismo valor (3), reflejando idéntica severidad. Los ítems pueden sumar hasta un máximo de 63. Los datos normativos sugieren cuatro grados del estado emocional: estado de ánimo normal (0-9), estado depresivo leve (10-18), moderado (19-29) y grave (30-63) (Beck, Steer y Gartin, 1988, en Comeche, Diaz y Vallejo, 1995). La escala EPDS contiene 10 ítems con cuatro posibles alternativas de respuesta de acuerdo a la severidad de los síntomas durante la última semana, también puntuados de 0 a 3. El rango total va de 0 a 30. Los autores proponen el punto de corte 9-10 para la clasificación de estado depresivo.

Procedimiento

Encuestadoras entrenadas recogen la información de los cuestionarios estructurados mediante entrevista personal, previo consentimiento informado de las madres. Las entrevistas se realizaron en el hospital donde se había producido el parto. Al final de la entrevista se instruye a las madres para que autocumplimenten las dos escalas de evaluación de estado de ánimo.

Análisis de datos

Junto al análisis descriptivo y el análisis del funcionamiento individual de los ítems, se obtienen datos sobre consistencia interna a través del coeficiente *alpha* y se analiza la estructura factorial (análisis de componentes principales, método de rotación Varimax con Kaiser) (González, 1991). La validez de convergencia de las escalas EPDS y BDI se determina a partir del coeficiente de Pearson para la correlación entre las

puntuaciones totales de las escalas y para correlacionar cada ítem de la EPDS con la puntuación total del BDI. Finalmente, mediante un análisis de curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) se obtiene un punto de corte para la escala EPDS en relación al punto clasificatorio del BDI (10) y se describen indicadores de sensibilidad, especificidad y eficacia diagnóstica de la EPDS (Chicharro y Burgos, 1998). Se utilizó el programa SPSS.

Resultados

Perfil sociodemográfico y estado de ánimo (BDI)

Las madres entrevistadas tenían una edad media de 29,4 años, todas informaron tener pareja estable y menos de la mitad tenían empleo remunerado (43%). La puntuación media en estado de ánimo (según el BDI) se sitúa dentro del rango de «estado normal» (3,75 en un rango de 0 a 23), quedando clasificadas con estado deprimido el 10,7% de las madres.

Puntuaciones globales y análisis de ítems

La puntuación media a la escala EPDS fue 5,04 (en un rango de 0 a 16). Las madres se situaron en los valores más bajos de la escala, observándose que el 75% puntuó 8 ó menos, siendo 30 la puntuación máxima. Los ítems de la escala EPDS son puntuables de 0 a 3, de menor a mayor intensidad o frecuencia del síntoma/ítem. Se concentra la mayoría de los casos en las opciones de respuesta que indican menor intensidad del síntoma. En la Tabla 1 se presenta la distribución de frecuencias para cada uno de los ítems. Aquellos donde más del 40% de las madres puntuó por encima de «0» son «Estar ansiosas y preocupadas sin motivo», «Sentir que las cosas les superan y sobrepasan», «Sentir miedo y pánico sin motivo alguno» y «Culparse innecesariamente cuando las cosas marchan mal».

TABLA 1. Distribución de frecuencias de los ítems de la EPDS.

<i>Item</i>		<i>% (n)</i>
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	Tanto como siempre = 0	86,7 (65)
	No tanto ahora = 1	12 (9)
	Mucho menos = 2	0 (0)
	No, no he podido = 3	1,3 (1)
2. He mirado el futuro con placer	Tanto como siempre = 0	88 (66)
	Algo menos de lo que solía hacer = 1	12 (9)
	Definitivamente menos = 2	0 (0)
	No, nada = 3	0 (0)
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas marchaban mal	Sí, la mayoría de las veces =3	1,3 (1)
	Sí, algunas veces =2	24 (18)
	No muy a menudo =1	17,3 (13)
	No, nunca = 0	57,3 (43)

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	No, nada = 0	37,3 (28)
	Casi nada = 1	16 (12)
	Sí, a veces = 2	36 (27)
	Sí, a menudo = 3	10,7 (8)
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	Sí, bastante = 3	5,3 (4)
	Sí, a veces = 2	24 (18)
	No, no mucho = 1	28 (21)
	No, nada = 0	42,7 (32)
6. Las cosas me superaban, me sobrepasaban	Sí, la mayor parte de las veces = 3	2,7 (2)
	Sí, a veces = 2	17,3 (13)
	No, casi nunca = 1	38,7 (29)
	No, nada = 0	41,3 (31)
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	Sí, casi siempre = 3	1,3 (1)
	Sí, a veces = 2	12 (9)
	No muy a menudo = 1	16 (12)
	No, nada = 0	70,7 (53)
8. Me he sentido triste y desgraciada	Sí, casi siempre = 3	0 (0)
	Sí, bastante a menudo = 2	4 (3)
	No muy a menudo = 1	12 (9)
	No, nada = 0	84 (63)
9. He sido tan infeliz que he estado llorando	Sí, casi siempre = 3	0 (0)
	Sí, bastante a menudo = 2	5,3 (4)
	Sólo ocasionalmente = 1	29,3 (22)
	No, nunca = 0	65,3 (49)
10. He pensado en hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo = 3	0 (0)
	A veces = 2	1,3 (1)
	Casi nunca = 1	0 (0)
	No, nunca = 0	98,7 (74)

Consistencia interna

El coeficiente alfa de Cronbach indica una consistencia interna de 0,79, que aumenta ligeramente a 0,80 cuando se elimina el ítem 10 («Pensar en hacerse daño a sí misma»).

Estructura factorial

Dos factores explican el 56% de la variabilidad de los datos (véase la Tabla 2). Un factor explica el 31% y otro el 25%. Los ítems se agrupan en torno a dos grandes contenidos, uno de los factores contiene la mayor parte de los ítems y hace referencia a síntomas relacionados con un sentimiento de anhedonia, ansiedad y sobrecarga («No mirar el futuro con placer», «Culparse innecesariamente cuando las cosas marchan mal», «Estar ansiosa y preocupada sin motivo», «Sentir miedo y pánico sin motivo», «Sentir que las cosas le superan, le sobrepasan» y «Sentirse infeliz y llorar») y el otro factor se relaciona con un sentimiento de tristeza, infelicidad y pensamientos autolesivos («Sentirse infeliz y tener dificultades para dormir», «Sentirse triste y desgraciada» y «Pensar en hacerse daño a una misma»).

TABLA 2. Estructura factorial de la EPDS.

	<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>
1. No ser capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas		0,893
2. No mirar el futuro con placer	0,539	
3. Culparse innecesariamente cuando las cosas marchan mal	0,646	
4. Estar ansiosa y preocupada sin motivo	0,740	
5. Sentir miedo y pánico sin motivo	0,755	
6. Sentir que las cosas le superan, le sobrepasan	0,646	
7. Sentirse infeliz y tener dificultades para dormir		0,488
8. Sentirse triste y desgraciada		0,707
9. Sentirse infeliz y llorar	0,670	
10. Pensar en hacerse daño a una misma		0,875

Nota. Método de extracción: análisis de componentes principales; método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

Convergencia con el BDI

El coeficiente de Pearson (0,518, $p < 0,001$) indica una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones totales de las dos escalas. Los ítems de la escala EPDS correlacionan positiva y significativamente con la puntuación total del BDI, excepto el ítem 2 («Mirar el futuro con placer») y el ítem 10 («Pensar en hacerse daño a una misma») (véase la Tabla 3).

TABLA 3. Correlación de cada ítem de la EPDS con la puntuación total del BDI.

	<i>r</i>
1. No ser capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	0,271 ($p = 0,019$)*
2. No mirar el futuro con placer	0,155 ($p = 0,184$)
3. Culparse innecesariamente cuando las cosas marchan mal	0,486 ($p < 0,001$)***
4. Estar ansiosa y preocupada sin motivo	0,495 ($p < 0,001$)***
5. Sentir miedo y pánico sin motivo	0,471 ($p < 0,001$)***
6. Sentir que las cosas le superan, le sobrepasan	0,225 ($p = 0,052$)*
7. Sentirse tan infeliz que se tienen dificultades para dormir	0,279 ($p = 0,015$)*
8. Sentirse triste y desgraciada	0,277 ($p = 0,016$)*
9. Sentirse tan infeliz que se llora	0,356 ($p = 0,002$)**
10. Pensar en hacerse daño a una misma	0,200 ($p = 0,085$)

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Eficacia diagnóstica

El área bajo la curva ROC es 0,75 con un nivel de confianza del 95% entre 0,593 y 0,905. Es inversa la relación entre sensibilidad y especificidad y también entre los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN), siendo más alta la sensibilidad y el VPP que la especificidad y VPN en casi todos los puntos de la escala analizados. Los resultados del análisis de la curva ROC señalan como idóneo el valor 4,5 que representa el punto donde se hace máxima la sensibilidad y especificidad (véase la Tabla 4).

TABLA 4. Sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

<i>Puntos de corte</i>	<i>Sensibilidad</i>	<i>Especificidad</i>	<i>VPPositivo</i>	<i>VPNegativo</i>
EPDS => 12	12,5%	92,5%	16,6%	89,8%
EPDS => 11	25%	89,6%	22,2%	90,9%
EPDS => 10	37,5%	86,6%	25%	92,1%
EPDS => 9	37,5%	80,6%	18,7%	91,5%
EPDS => 8,5	37,5%	80,6%	18,6%	93,8%
EPDS => 8	62,5%	79,1%	26,3%	94,6%
EPDS => 4,5	87,5%	56,7%	19,4%	97,4%

Discusión

La definición de depresión se establece en función de la duración de una serie de síntomas específicos. En los estudios transversales, si no se realizan mediciones del estado de ánimo previas en el parto, no se conoce la duración de la sintomatología, por lo que no es posible determinar si el estado depresivo en el postparto es específico de la situación o no es más que la prolongación de un estado depresivo anterior. El trabajo aquí presentado supone una evaluación de la escala EPDS en un momento cronológico específico (el momento del alta hospitalaria después del parto), lo que limita a tratar los resultados encontrados haciendo referencia a estado depresivo en los primeros días postparto.

En la literatura parece haber una tendencia al estudio del estado depresivo maternal en el puerperio tardío (después de la segunda, e incluso, la tercera semana postparto). Los estudios disponibles revisados sobre el estado depresivo en el postparto más inmediato describen una prevalencia mayor a la encontrada en el presente trabajo (10,7%). Por ejemplo, Pérez *et al.* (1995), evaluando el estado de ánimo entre las 48 y 72 horas tras el parto, detectaron una prevalencia del 30%. Algunos estudios más antiguos coinciden en porcentajes similares a los hallados en este trabajo, como Kendell, McGuire, Connor y Cox (1981), quienes informan del 13,5%, evaluando entre el primero y el cuarto día postparto; Paykel, Emms, Fletcher y Rassaby (1980) informan del 10%.

Los síntomas característicos de la depresión indicados por las madres se circunscriben a los ítems contenidos en las escalas de evaluación que se empleen. Es diferente la

definición de estado depresivo que se establece con cada una de las escalas aquí utilizadas, como diferente es el contenido de sus ítems. La mayor parte de los ítems del BDI se acercan más a la definición sintomatológica de depresión del DSM-IV, exceptuando los sentimientos de castigo y de desánimo respecto al futuro, la preocupación por la salud y aspecto físico, y la irritabilidad. La escala EPDS también contempla dimensiones del estado depresivo que no se corresponden con la definición diagnóstica del DSM-IV o con la del BDI, como por ejemplo la ansiedad o el miedo y pánico, que corresponderían al trastorno de ansiedad o trastorno mixto de ansiedad-depresión (Organización Mundial de la Salud, 1994), y que precisamente son algunos de los síntomas presentados con mayor frecuencia por las madres.

La escala fue cumplimentada con agilidad por las madres, los ítems no presentaron ningún problema de comprensión y funcionaron adecuadamente. Queda reflejada la discriminación entre alternativas de respuesta ya que la gran mayoría de las opciones de los ítems fueron seleccionadas en mayor o menor medida. Ahora bien, las puntuaciones más bajas fueron más frecuentes, correspondiéndose con la menor intensidad de los síntomas como era esperable en la mayor parte de las madres. La escala tiene una alta consistencia interna. El elevado valor del coeficiente alfa de Cronbach puede ser interpretado como una garantía de que los ítems son consistentes entre sí para evaluar depresión. El ítem 10, referente a intento de suicidio o hacerse daño, es el único que difiere del resto aunque su exclusión no incrementa tanto la consistencia general como para prescindir de la información relevante que aporta.

Los autores de una primera versión de 13 ítems de la escala EPDS (Cox, 1994) realizaron un análisis factorial que mostraba dos factores distintos, uno de «depresión» y otro de «sobrecarga e irritabilidad». Los datos sobre factorialidad obtenidos en nuestro medio suponen una aportación original ya que la literatura sobre la escala EPDS no muestra detalles al respecto de la versión definitiva de 10 ítems, y aún menos en población española donde recientemente sólo se ha obtenido información sobre capacidad predictiva (Ascaso *et al.*, 2003; García-Esteve *et al.*, 2002). El presente trabajo tiene algunos puntos de coincidencia con los dos factores detectados en la primera versión. Se aísla un factor sobre «tristeza e infelicidad» y otro sobre «ansiedad y sobrecarga»; ahora bien, la estructura no discierne claramente los contenidos de tales dimensiones, ya que dos ítems más relacionados en contenido con el primer factor resultante sobre «tristeza e infelicidad» («No mirar el futuro con placer» y «Sentirse infeliz y llorar»), se agrupan en el factor sobre «ansiedad y sobrecarga».

A pesar de que la definición de depresión que arrojan el BDI y el EPDS se pueda considerar diferente en función de los diferentes ítems que contienen, los dos instrumentos de medición convergen estadísticamente. Tanto la puntuación global del EPDS como las puntuaciones de cada uno de sus ítems se comportan en el mismo sentido que las puntuaciones del BDI. La validez de convergencia del EPDS con el BDI también fue probada en un estudio reciente, obteniéndose un coeficiente de 0,79 (Heh, 2001). La discriminación de un test frente a otro viene dada por el área comprendida bajo la curva, que en este caso es superior a 0,5, por lo que se puede considerar a la escala EPDS como la prueba con mayor poder diagnóstico de la depresión después del parto frente al BDI. La escala EPDS detecta en el momento del alta hospitalaria una gran

proporción de madres con estado normal cuando el diagnóstico del BDI es normal; es decir, la escala proporciona una alta especificidad, superior al 75% en todos los puntos de corte analizados. La finalidad de una prueba utilizada para el cribaje es la de determinar el máximo número de madres con sospecha de estado depresivo, aún a expensas de contar con un número alto de falsos positivos que pudieran descartarse con otras pruebas. La alta especificidad encontrada va en detrimento de la sensibilidad, aunque en el punto 8 se equilibran los valores. En el momento del alta hospitalaria una puntuación tan baja como 4,5 determina el punto a partir del cual se detecta mayor porcentaje de madres con posible depresión y donde es mayor la suma de sensibilidad y especificidad, aunque es muy bajo el VPP. Sin embargo, se propone el punto de corte 8 como el más idóneo para clasificar a las madres con estado depresivo, ya que es en este punto donde hay un mayor equilibrio de los valores de sensibilidad y especificidad, cuando se utiliza el BDI como instrumento estándar. En general, los valores predictivos, la sensibilidad y especificidad obtenidos en este estudio caen por debajo de los valores en la gran mayoría de estudios de validación y eficacia diagnóstica del EPDS con Entrevistas Clínicas Estructuradas de acuerdo a criterios del DSM o CIE. El mejor punto de corte de la validación española de García-Esteve *et al.* (2002) fue el 10/11 para la combinación de depresión mayor y menor, aunque en el punto 8/9 también fueron altos los valores en la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo (100%, 89% y 48%).

Si bien los resultados de este estudio no van a ofrecer respuestas definitivas acerca del funcionamiento de la escala EPDS en población española, sí que suponen un punto de partida para futuras investigaciones, preferiblemente de diseño longitudinal y mayor tamaño muestral. La escala EPDS se puede considerar una prueba sencilla y útil para evaluar estado de ánimo de madres en nuestro medio, al menos en población de la costa y axarquía malagueña.

Referencias

- Areias, M., Kumar, R., Barros, H. y Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth, validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Ascaso, C., García-Esteve, L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J. y Tarragona, M.J. (2003). Prevalencia de la depresión postparto en las madres españolas, comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120, 326-329.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E. y Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area in Portugal, comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141.
- Beck, A.T., Reynolds, M.A. y Rutowski, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 21, 287-293.
- Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-569.
- Beck C.T. (2001). Predictors of postpartum depression, an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.

- Bergant, A.M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H. y Dapunt, O. (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123, 35-40.
- Boyce, P., Stubbs, J. y Todd, A. (1993). The Edinburgh Postnatal Depression Scale, validation for an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2, 472-476.
- Campbell, S.B. y Cohn, J.F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 594-599.
- Carpiniello, B., Pariante, C.M., Serri, F., Costa, G. y Carta, M.G. (1997). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Italy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 280-285.
- Chicharro, J.A. y Burgos, R. (1998). Test diagnósticos. En R. Burgos (Ed.), *Metodología de investigación y escritura científica en clínica* (pp. 141-158). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Comeche, M.I., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, Inventarios y Escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: UNED. Fundación Universidad-Empresa.
- Cox, J.L. (1994). Origins and development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. En J. Cox y J. Holden (Eds.), *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale* (pp. 115-124). Edinburgh: The Royal College of Psychiatricians.
- Cox, J.L. y Holden J.M. (1994). *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. Edinburgh: The Royal College of Psychiatricians.
- Cox, J.L., Holden, J.M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, J.L., Murray, D. y Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Ederhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Schei, B. y Opjordsmoen, S. (2001). The Edinburgh Postnatal Depression Scale, validation in a Norwegian community sample. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 80-81.
- García-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2002). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75, 71-76.
- Ghubash, R. y Abou-Saleh, M.T. (1997). Postpartum psychiatric illness in Arab culture, prevalence and psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*, 171, 65-68.
- Gjerdinger, D.K. y Chaloner, K.M. (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *Journal of Family Practice*, 38, 565-572.
- González, B. (1991). *Análisis multivariante, aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SG.
- Grace, S.L., Evindar, A. y Stewart, D.E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior, a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 263-274.
- Guedeney, N. y Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Hau, F.W. y Levy, V.A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women, an exploratory study. *Journal Affective Disorders*, 75, 197-203.
- Heh, S.S. (2001). Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, detecting postnatal depression in Taiwanese women. *Hu Li Yan Jiu*, 9, 105-13.
- Herrán, A., Ayuso, J.L. y Vázquez-Barquero, J.L. (1997). Los factores psicosociales y trastornos afectivos. En F. Rodríguez, J.L. Vázquez-Barquero y M. Desviat (Eds.), *Psiquiatría social y comunitaria* (pp. 471-497). Las Palmas: ICEPS.

- Jadresic, E., Araya, R. y Jara, C. (1995). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilena postpartum women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16, 187-191.
- Kendell, R.E., McGuire, R.J., Connor, Y. y Cox, J.L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of Affective Disorders*, 3, 317-326.
- Kok, L.P., Chen, P.S. y Ratnam, S.S. (1994). Postnatal depression in Singapore women. *Singapore Medical Journal*, 35, 33-35.
- Lee, D.T., Yip, S.K., Chiu, H.F.K., Leung, T.Y.S., Chan, K.P.M. y Chau, I.O.L. (1998). Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 172, 433-437.
- Machado, F., García, T., Moya, N., Bernabeu, N. y Cerdá, R. (1997). Depresión puerperal. Factores relacionados. *Atención Primaria*, 20, 161-166.
- Matthey, S. y Barnett, B. (1997). Translation and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale into Vietnamese and Arabic. En B. Ferguson y D. Barnes (Eds.), *Perspectives on transcultural mental health* (pp. 77-84). Sydney: Transcultural Mental Health Centre.
- Montero, I. e León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Mosteiro, M.P. y Villaverde, S. (1991). Trastornos psicopatológicos en el puerperio. *Toko-Ginecología Práctica*, 51, 491-494.
- Nappi R.E., Petraglia F., Luisi S., Polatti F., Farina C. y Genazzani A.R. (2001). Serum allopregnanolone in women with postpartum «blues». *Obstetrics and Gynecology*, 97, 77-80.
- O'Hara, M.W. (1986). Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.
- O'Hara, M.W., Stuart, S., Gorman, L.L. y Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- Okano, T., Murata, M., Masuji, F., Tamaki, R., Nomura, J. y Miyaoka, H. (1996). Validation and reliability of a Japanese version of the EPDS. *Archives of Psychiatric Diagnostics and Clinical Evaluation*, 7, 525-533.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento* (10ª ed.). Madrid: OMS.
- Paykel, E.S., Emms, E.M., Fletcher, J. y Rassaby, E.S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 13, 339-346.
- Pedros, A. y Tomás, A. (1999). Depresión materna e influencia en el hijo. En C. Leal (Ed.), *Trastornos depresivos en la mujer* (pp. 115-129). Barcelona: Masson.
- Pérez, P., Botín, P. y Nuñez, F. (1995). Tristeza puerperal, estudio y valoración. *Enfermería Clínica*, 5, 163-167.
- Pop, V.J., Komprou, I.H. y Van Son, M.J. (1992). Characteristics of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands. *Journal Affective Disorders*, 26, 105-110.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Regmi, S., Sligl, W., Carter, D., Grut, W. y Seear, M. (2002). A controlled study of postpartum depression among Nepalese women, validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in Kathmandu. *Tropical Medicine and International Health*, 7, 378-382.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. y Saber, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopatology*, 31, 160-168.
- Uwakwe, R. (2003). Affective (depressive) morbidity in puerperal Nigerian women, validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 251-259.

- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vega-Dienstmaier J.M., Mazzotti, G. y Campos, M. (2002). Validation of a Spanish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 106-111.
- Wickberg, B. y Hwang, C.P. (1996). The Edinburgh Postnatal Depression Scale, validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 94, 181-184.
- Yamashita, H. y Yoshida, K. (2003). Screening and intervention for depressive mothers of newborn infants. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 105, 1129-1135.
- Zelkowitz, P. y Millet, H. (1995). Screening for postpartum depression in a community sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 80-86.