

Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología

JOSÉ GABRIEL ESPÍNDOLA,^a FRANCISCO MORALES,^b
CECILIA MOTA,^a EDGAR DÍAZ,^a PILAR MEZA,^a LILIAN RODRÍGUEZ^a

RESUMEN

Objetivo: Calibrar el instrumento de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS) y determinar el punto de corte que muestre el mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad, para las pacientes que cursan el segundo y tercer trimestre de la gestación en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Material y métodos: Se llevó a cabo una investigación en la consulta externa del INPer, en una muestra de 264 pacientes, entre las semanas 13-40 de gestación, que aceptaron libre e informadamente participar en el estudio. Se aplicó la EPDS, así como la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD). Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 10, utilizando estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: En relación con el punto de corte, se obtuvieron valores de .74 de sensibilidad y .83 de especificidad para un puntaje mayor o igual a 14, siendo éste el de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad. La confiabilidad de los puntajes, obtenida mediante alfa de Cronbach fue de .8454, similar a los obtenidos en investigaciones previas. Se encontró que la prevalencia de "probable depresión perinatal" en las pacientes del Instituto, tomando en cuenta el punto de corte 14 en la EPDS y 44 en la EAMD, corresponde al 18.5%.

Conclusiones: La EPDS demostró ser un instrumento confiable y válido para la detección de "probable depresión perinatal" en pacientes que cursan un embarazo entre las semanas 13 y 40. El punto de corte se incrementa en dos o tres puntos respecto investigaciones previas, así como la prevalencia respecto a la población abierta. Este parámetro puede ser de gran utilidad en la detección temprana de un probable episodio depresivo, lo que permitirá hacer las indicaciones pertinentes, evitando complicaciones futuras.

PALABRAS GUÍA: Gestación, depresión, diagnóstico, corte, escala, prevalencia.

^a Psicólogos Clínicos adscritos al Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

^b Jefe del Departamento de Psicología del INPer.

Correspondencia:

José Gabriel Espíndola

Torre de Investigación, 1er. Piso. Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales
800, Col. Lomas de Virreyes, México, D. F. C.P. 11000.

Recibido: 16 de marzo de 2004.

Aceptado: 5 de julio de 2004.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la clasificación de los trastornos mentales, la depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo. El manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su versión IV,¹ considera varios tipos de depresión, en función de la gravedad y cronicidad de sus manifestaciones sintomáticas (episodio depresivo,



trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados). En el rubro de trastornos adaptativos, se consideran los “trastornos adaptativos” (agudos o crónicos) con estado de ánimo depresivo o mixto. Dicha entidad diagnóstica es claramente diferenciable de las otras entidades depresivas por su carácter de respuesta emocional a un factor estresante psicosocial, claramente identificable.

El episodio depresivo mayor como cofactor, consiste en un periodo de al menos dos semanas, en las que existe un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer para casi todas las actividades. El sujeto debe experimentar además de los síntomas anteriores, al menos cuatro síntomas más, de una lista que incluye: cambios en el apetito o peso corporal; alteraciones en el sueño y la actividad psicomotora; falta de energía y sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida y/o intentos suicidas. Dicha sintomatología debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente, si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas consecutivas. El evento debe acompañarse de un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹

Como puede observarse, la depresión como episodio y como trastorno es una entidad clínica claramente delimitada que para su tratamiento y diagnóstico requiere de una cuidadosa evaluación de la sintomatología, anamnesis e historia del paciente. En los últimos años el diagnóstico de “depresión puerperal” ha sido punto de controversia en las diversas instituciones de salud de todo el mundo. Dicho diagnóstico se caracteriza por iniciar en las cuatro primeras semanas después del alumbramiento de un hijo. Su sintomatología no difiere en general de la sintomatología de los episodios afectivos que no cuentan con esta característica de inicio. Sin embargo, puede ser más frecuente el curso fluctuante y la labilidad del estado de ánimo. Cuando

existen ideas delirantes, es frecuente que éstas se refieran al recién nacido; en pacientes sin características psicóticas puede haber pensamientos obsesivos de agresión al niño, falta de concentración y agitación psicomotora. Es frecuente que estas mujeres presenten un cuadro clínico de gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo (incluso mucho tiempo después de lo que suele durar la tristeza posparto o “baby blues”), así como desinterés por el nuevo hijo e insomnio.¹

La depresión posparto no debe ser considerada únicamente como un abatimiento o disminución en la energía o del estado de ánimo, sino que se trata, en gran medida, de una entidad diagnóstica claramente identificable que responde a diversos diagnósticos diferenciales y que debe ser atendida por los servicios de salud. La confusión diagnóstica de dicha entidad patógena puede traer consecuencias considerables a la madre y al hijo. Como se sabe, los diversos medicamentos antidepressivos, en su generalidad, están contraindicados durante el embarazo y la lactancia. Por lo que, si una madre es mal diagnosticada, será sometida a un tratamiento farmacológico innecesario, por lo que tendrá que suspender la lactancia de su hijo a cambio de un tratamiento injustificado. Ésta y otras razones, tales como la elevada prevalencia que se ha informado de dicho diagnóstico en estudios en el mundo, hacen que este padecimiento deba ser estudiado en forma cuidadosa. Por ejemplo, en el INPer se reportó una prevalencia de 21.7% (Ortega y cols., 2001).² Por su parte, las cifras reportadas por diversos autores en occidente,^{3,4} oscilan entre 10 y 15%; mientras que las reportadas por Gubash y Abou-Saleh (1997)⁵ oscilan en 15.8% en mujeres árabes; en tanto que Nhwatiwa (1998)⁶ ha informado que 16% de las mujeres de Zimbabwe tienen dicho padecimiento. Cooper (1999),⁷ por su parte, refiere una prevalencia de 34.7% en las mujeres sudafricanas. En tanto que Lee (2001)⁸ refiere una cifra de 11.2% en mujeres chinas; Yoshida (2002)⁹ informa una prevalencia de 17% en mujeres japonesas y Patel (2002)¹⁰ en Goa, India, informa una prevalencia de depresión postparto de 23%.

Estos hallazgos exigen que los servicios de salud mental desarrollen los instrumentos diagnósticos que proporcionen la sensibilidad y especificidad para un adecuado diagnóstico y atención de las pacientes con tal afección.

Para el caso mexicano, la prevalencia de depresión en mujeres informada es de 4.1% (Berenzon y col., 1998),¹³ dato que no varía mucho con lo informado en otros países. En cuanto a la depresión posparto, presenta una prevalencia de 19.3% en la segunda semana después del parto y de 22.5% a las cuatro semanas del mismo (García y cols., 1992).¹⁴ Por lo que es observable un incremento importante en los porcentajes de prevalencia para la depresión posparto, en contraste con los otros cuadros depresivos. Ésta es una de las razones fundamentales que orillan a buscar delimitar los puntos de corte adecuados, mediante instrumentos válidos y confiables.

El proceso gestacional se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos que tienen lugar en las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el medio social en general. Lo que permite conceptuar a este periodo como una etapa de crisis del desarrollo dentro del ciclo vital femenino. Los cuadros depresivos dentro de este proceso pueden pasar desapercibidos o manifestarse de forma aguda y reactiva, por lo que el diagnóstico debe ser claro y el tratamiento adecuado a las especificaciones diagnósticas de cada caso.

Así es posible observar a la depresión puerperal o depresión posparto, como un fenómeno complejo de etiología variada y con factores de riesgo identificables en función de investigaciones previas.¹⁰ Dicha depresión exige la comprensión del proceso gestacional y la resolución del mismo, ligado a un fenómeno patológico que será matizado por las condiciones de vida por las que pasa la nueva madre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con el objeto de determinar el punto de corte más adecuado para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS, por sus siglas en inglés).¹¹ El instrumento ha sido previamente traducido, validado y confiabilizado²

en la población del Instituto Nacional de Perinatología que cursa el tercer trimestre gestacional. En el presente estudio, se llevó a cabo una investigación en el INPer en una muestra de 264 mujeres mexicanas que cursaban un embarazo entre la semana 13 y 40 de gestación, la cual se considera representativa para la población obstétrica de dicha institución. Se aplicó a cada una de las mujeres participantes la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh y la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, como estándar de oro,¹² además de una encuesta sociodemográfica para contextualizar el espacio muestral.

La EPDS 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, que haya ocurrido quince días anteriores a su aplicación. Cada pregunta o reactivo se califica en un intervalo de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración; requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida y ha sido ampliamente aceptada por las mujeres en diversos ámbitos, ya sea en el hogar, en estudios de comunidad o bien en clínicas, hospitales y centros de desarrollo infantil. Con este instrumento se han informado elevados niveles de confiabilidad en la población del INPer,¹ que han oscilado entre .70 y .73 del alfa de Cronbach, la consistencia interna calculada a través del coeficiente alfa se reporta de .818. Por su parte, la Escala de Automedición de la Depresión de Zung (EAMD), normalizada por González C (1993)¹² para la población del INPer, es el único instrumento orientado al diagnóstico de depresión que ha sido normalizado en esta población, y que ha arrojado diferencias de puntaje (cuatro puntos) con respecto a la norma general.

La muestra se compuso de 264 pacientes que cursaban el segundo o tercer trimestre gestacional, donde los criterios de inclusión fueron: aceptar voluntariamente la participación en la investigación, posterior a la lectura y explicación de una carta de consentimiento informado; presentar un embarazo dentro de la semana 13 a 40; contar con un nivel de escolaridad igual o superior a primaria



terminada; ser paciente del Instituto Nacional de Perinatología; no tener pérdidas perinatales en los últimos 12 meses. Los criterios de exclusión, fueron: presentar un embarazo menor a 13 semanas; estar hospitalizada; presentar un trastorno psicótico o retraso mental. En cuanto a los criterios de eliminación, éstos fueron: dejar inconclusos los datos del instrumento y retirarse voluntariamente de la investigación.

Adicionalmente a los dos instrumentos, se aplicó a las pacientes una encuesta socio-económica con variables demográficas como edad, escolaridad, ocupación, estado civil y nivel socioeconómico asignado por el INPer.

La recolección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico, por cuota, acorde a las características señaladas en los criterios de inclusión. Se realizó durante tres meses en el periodo de junio a agosto del 2003, en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología.

Una vez recolectada la muestra se procedió a la captura y análisis de los datos mediante el paquete estadístico *SPSS, versión 10 para Windows*, aplicando métodos de estadística descriptiva, alfa de Cronbach para los niveles de confiabilidad del instrumento y prueba *t* para muestras pareadas. Se realizó también un análisis factorial de cada uno de los reactivos del EPDS, obteniendo niveles de confiabilidad similares a los ya reportados en estudios previos, así como correlaciones simples entre los puntajes totales de ambas escalas, con el objetivo de encontrar el mejor punto de corte, determinado por el equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

RESULTADOS

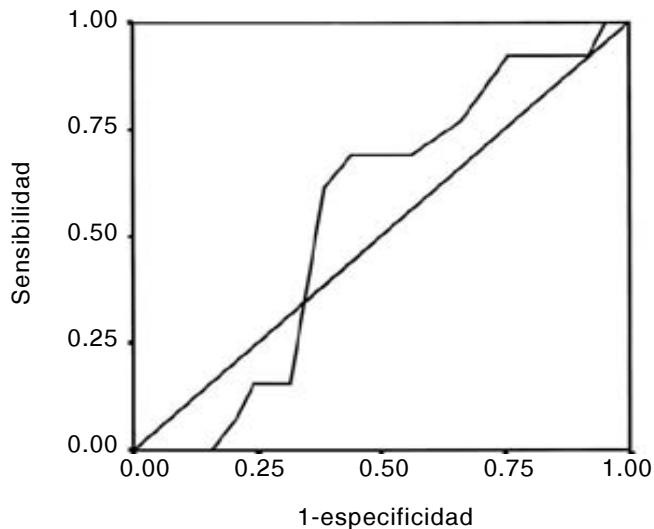
El promedio de edad de las mujeres encuestadas fue de 27.9 años, con una desviación estándar de 7.2 años. Respecto a su estado civil 17.4% eran solteras, 58.3% casadas, 21.2% vivían en unión libre y menos de 3% eran divorciadas o viudas. Su ocupación preponderantemente se ejercía en el hogar (72.7%), 8% eran empleadas, 5.7% estudiantes, 4.9% profesionistas, 4.2% comerciantes y 4.5% estaban desempleadas. En cuanto a las

semanas de gestación el promedio obtenido fue de 27.6 semanas, con una desviación estándar de 8.2 semanas, una mediana de 28 y una moda de 13. La escolaridad de las pacientes respondió en promedio a nivel secundaria con 11.2 años de estudio, con una desviación estándar de 3.4, una mediana de 12 y una moda de nueve años.

De las mujeres encuestadas, 36.4% respondió haber planeado el embarazo, mientras 63.6% no lo hizo. Por otro lado, se encontró que 6.8% de las mujeres encuestadas no deseaba este embarazo, mientras 93.2% declaró sí hacerlo, independiente de haberlo planeado o no.

En lo referente a los puntajes obtenidos en la Escala de Depresión Perinatal de Edin-burgh, se obtuvo una media 9.9, con una mediana de 10 y una moda de ocho. La desviación estándar fue de 5.3 y una Kurtosis de -.238. En tanto, los puntajes obtenidos en la Escala de Automedición de la Depresión de Zung refieren una media de 38.9 puntos, con una mediana de 38 puntos, una moda de 41 y una desviación estándar de 9.3, que reflejan una Kurtosis de -0.350. Los puntajes arrojados responden a una distribución que puede ser considerada como normal y representativa de la población del Instituto Nacional de Perinatología, que acude a la

Figura 1
Curva ROC



consulta externa y presenta un embarazo de 13 a 40 semanas.

En función de la distribución asumida como normal, se analizaron los datos mediante una prueba *t* para muestras pareadas, tomando los puntajes totales de ambas pruebas, obteniendo así una media de 28.9 con una desviación estándar de 6.7. Se asumieron varianzas iguales, obteniendo un intervalo de confianza a 95%, de 28.2 a 29.8.

La confiabilidad obtenida a través del coeficiente del alfa de Cronbach, fue de .8454, similar al obtenido en investigaciones previas.² Para la obtención del punto de corte más adecuado se realizó un análisis de curva ROC (Figura 1 y Tabla 1), así como una prueba χ^2 , de las cuales obtenemos el mejor marcador con un punto de corte de 14 puntos para el

Edinburgh, manifestando una sensibilidad de .75 y una especificidad de .84 (Tabla 2). La prevalencia de depresión perinatal para las pacientes de la muestra, tomando en cuenta un punto de corte de 14 en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh y de 44 para la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, fue de 17.8%, mostrándose casi tres puntos porcentuales por encima de la media en población abierta para el conglomerado de cuadros depresivos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh es un instrumento confiable y válido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos, mayores y menores, en la población del INPer. El ajuste del punto de corte, tres puntos por arriba de lo sugerido en investigaciones previas² dentro de la institución, puede atribuirse al sesgo que representa la población de alto riesgo; por otro lado, es importante considerar que la paciente que se atiende por un embarazo de alto riesgo presenta una condición psíquica de crisis, que alude a la sensación de enfermedad. Es decir, la madre con un embarazo de estas características vive su embarazo como diferente a otros, ya sean propios o de otras mujeres. Es posible que esta característica psíquica condicione puntajes más elevados, particularmente en los reactivos del instrumento relacionados con ansiedad y miedo. Por otro lado, existe la posibilidad de

Tabla 1
Curva ROC

Puntaje Zung		Casos válidos
Positivos		13
Negativos		251
Puntaje Edinburgh	Sensibilidad	1-Especificidad
11	0.57	0.92
12	0.62	0.91
13	0.62	0.85
14	0.75	0.84
15	0.75	0.81

Tabla 2
Punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh.
Validez de la Escala de Edinburgh para identificar casos

Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh	Prueba de Automedición de la Depresión de Zung		Total	
	Caso	No. caso	$\chi^2 = 74.16$	Sig. 0.001
Caso	47 (0.18)	33 (0.12)	63	
No. caso	33 (0.06)	168 (0.64)	201	
			264	Casos válidos



un traslape de los diversos signos y síntomas depresivos, con un estado de cansancio y agotamiento, así como de confusión, secundarios propiamente al curso y desenlace de la gestación y parto.

Dichas características pueden ser un foco explicativo de los incrementos informados en cuanto a la prevalencia de la depresión (4.1 y 5%) en mujeres y la depresión posparto (15-22.5%)¹⁵ en nuestro país, lo cual pone de manifiesto una confusión diagnóstica. Como hemos mencionado, la depresión y la depresión posparto son cuadros claramente identificables, éstos no se consideran reacciones agudas, sino crónicas y persistentes. Las nuevas madres suelen presentar datos clínicos de ansiedad, ánimo bajo, llanto fácil, alteraciones en el ciclo de sueño, etc. Síntomas que simulan cuadros depresivos, sin embargo, remiten en periodos breves de tiempo, y por sí mismos, estos datos clínicos parecen más asociados al curso y solución de la gestación que a un evento depresivo crónico. La necesidad de un incremento en el punto de corte, que ponga énfasis en la especificidad del instrumento, aunque sin descuidar la sensibilidad adecuada para los fines institucionales, se encuentra en relación directa con este traslape de datos clínicos, signos y síntomas secundarios al evento reproductivo y no necesariamente a una patología de orden depresivo. El diagnóstico puntual y de tipo diferencial debe ser realizado mediante entrevista e historia clínica por un especialista, nunca por un instrumento de tamiz.

En cuanto al instrumento (EPDS), los puntajes obtenidos en los diversos análisis estadísticos sugieren que la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg puede ser utilizada para las mujeres que cursan un embarazo del segundo trimestre en adelante. Es importante y debido a la magnitud de la muestra, enfocar nuevas investigaciones en este sentido. Sin

embargo, pareciera que la depresión presente dentro del periodo gestacional y puerperal responde a las características de cualquier trastorno depresivo y sólo es matizada por los contenidos emocionales, cognitivos y representacionales, propios de la gestación y el puerperio. El incremento de la prevalencia en casi 3%, con respecto a la media poblacional para depresión posparto (15%) (Nonacs, et al., 1998)¹⁵ apoya la hipótesis referente al sesgo poblacional, y ésta es una limitante del estudio en sus posibilidades de generalización.

Es importante hacer énfasis en las características del instrumento, en tanto que se trata de una escala de tamiz y no de una prueba capaz de detectar diagnósticos diferenciales entre varios subtipos de trastorno depresivo.

Se observó, por otro lado, que a menor escolaridad y mayor número de gestas, además de la presencia de pérdidas perinatales previas, las pacientes presentan mayores probabilidades de puntuar por arriba del punto de corte en ambas pruebas; sin embargo, dichas particularidades también se hacen presentes en mujeres que no se encuentran embarazadas y presentaron algún tipo de trastorno mental o malestar psicológico. Sugerimos en función de estos resultados, que la pobre estimulación de las estructuras psíquicas correspondientes a la cognición, pueden debilitar los recursos de enfrentamiento y la búsqueda de soluciones, constriñendo la personalidad y el carácter a la búsqueda de soluciones rígidas preestablecidas y capaces de incrementar los niveles de ansiedad, generar nueva sintomatología o agravar la sintomatología previa a un determinado conflicto presente.

AGRADECIMIENTOS

Los autores externan su agradecimiento a la Mtra. Rosenda Martínez C., por su valiosa participación en esta investigación.

ABSTRACT

Objective: To measure the EPDS by determining the cutting-point which will determine the best equilibrium between sensibility and specificity on two to three months pregnancy patients at the Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Material and methods: An investigation was held at the INPer, on 264 external patients –with a 13 to 40 weeks pregnancy range– who freely accepted to participate after being fully informed of the scope of the research. EPDS and EAMD tests were given to them. The data was analyzed by means of the descriptive and inference statistics using the *SPSS 10* Statistics package.

Results: Sensibility values of .74 and specificity values of .83 were obtained for an equal or higher 14 points score, which is the best equilibrium between sensibility and specificity. The .8454 score reliability obtained by Cronbach Alpha was similar to the scores obtained during previous research. Taking into account the 14 cutting-point on the EPDS and the 44 on the EAMD, a “probable perinatal depression” prevails on patients at the Institute.

Conclusions: The EPDS scale proved to be a reliable and valid detection instrument for “probable perinatal depression” on patients with a 13 to 40 pregnancy range. With reference to previous research, the cutting-point is increased by 2 to 3 points and so is the prevalence in relation to any type of population. The early detection of a probable depressive episode, allows relevant warnings, thus avoiding future complications.

KEY WORDS: *Pregnancy range, depression, diagnosis, cutting-point, scale and prevalence.*

REFERENCIAS

1. Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona, Masson; 1994.
2. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), en muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
3. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 37-54.
4. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British J Psychiatry* 1984; 144: 34-47.
5. Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradken TK. The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol* 1997; 32: 474-6.
6. Nhiwatiwa S, Patel V, Acuda SW. Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire. A prospective cohort study from developing country. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 262-6.
7. Cooper P, Tomlinson M, Broadhead J, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 554-8.
8. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, et al. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 220-6.
9. Yoshida K, Yamashita H, Ueda M, et al. Postnatal depression in Japanese mothers and the reconsideration of “Satogaeri bunden”. *Pediatrics International* 2001; 43: 189-93.



10. Patel V, Rodríguez M, Desouza M. Gender, poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 43-7.
11. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of the postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8: 99-109.
12. González C, Morales C. Normalización de un instrumento para medir Depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 1993; 7: 110-3.
13. Berenzon S, Medina-Mora ME, López EK, González J. Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Rev Mex Psicol* 1998; 15: 177-85.
14. García L, Ortega-Soto H, Ontiveros M, Cortes J. Incidencia de la depresión posparto. Tercer Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca 1992.
15. Nonacs R, Cohen L. The Social Support Apgar: instrument development and testing. *Research in Nursing and Health* 1998; 19: 143-52.