



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública

INFORME FINAL

VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EDIMBURGO PARA EMBARAZADAS

Equipo Investigador:

Dr. Rubén Alvarado
Dra. Viviana Guajardo
Dra. Graciela Rojas
Dr. Enrique Jadresic

Responsable del Trabajo de Campo:

Psic. María José Jorquera

Encuestadoras:

Psic. María José Jorquera
Psic. Marcela Sandoval

Diciembre 2012

ÍNDICE

Antecedentes generales	3
Objetivo	10
Diseño metodológico	10
Descripción de la muestra	14
Resultados	17
Análisis de la validez semántica	17
Análisis de los ítems	19
Análisis de la estructura factorial	20
Análisis de consistencia interna	21
Descripción de los puntajes en el test	22
Análisis de la validez convergente	23
Análisis de capacidad predictiva del test	24
Conclusiones y Recomendaciones	26
Referencias	28
Anexo 1: Escala de Edinburgo utilizada en este estudio	34

ANTECEDENTES GENERALES

Tradicionalmente, el embarazo ha sido considerado como un período de bienestar y felicidad. Sin embargo, las mujeres en edad fértil con frecuencia sufren cuadros depresivos [1,2]. Las estimaciones de prevalencia de vida para depresión en muestras comunitarias varían entre el 10,0% y el 25,0% de las mujeres embarazadas [3].

Para depresión mayor el rango de prevalencia puntual va entre 3,1% a 4,9%, en diferentes tiempos del embarazo [4]. Para depresión mayor y menor en conjunto, la prevalencia puntual estimada fluctúa en un rango entre 8.5% y 11,0%, en diferentes periodos del embarazo.

Existen pocos estudios acerca de la incidencia de depresión en el embarazo. Los limitados estudios señalan que 14,5% de mujeres embarazadas tienen un nuevo episodio depresivo mayor o menor. Si se considera sólo depresión mayor, un 7,5% tienen un nuevo episodio durante el embarazo [4].

La incorporación de medidas de detección precoz de de presión en el embarazo puede aumentar la probabilidad que se identifiquen a tiempo a las mujeres que experimentan síntomas ya sea como un episodio inicial o reaparición de un cuadro depresivo previo.

La depresión prenatal también es frecuente en mujeres con antecedentes de enfermedad depresiva, lo que se piensa es que el embarazo sería un factor de riesgo en pacientes con historia de trastorno del estado de ánimo [5-8].

Es conocido que los cuadros depresivos durante el periodo perinatal pueden tener graves consecuencias, no sólo en la mujer que lo experimenta, sino también en sus hijos y su familia [9]. Siguiendo esta línea de trabajo, Bonari y cols [8] realizaron una revisión acerca de los riesgos de la depresión no tratada durante el embarazo. Si bien existen estudios contradictorios acerca del estrés y la importancia de las complicaciones obstétricas en mujeres con depresión [10,11], es sabido que la morbilidad y mortalidad materna puede estar asociada con enfermedades mentales no tratadas [12,13], incluidos los intentos de suicidio [14].

Se ha encontrado que la depresión no tratada puede estar asociada a complicaciones obstétricas y patologías puerperales [15-25], sugiriendo que la enfermedad mental puede afectar al embarazo y al estado emocional de la madre. Se ha hipotetizado que los síntomas psicopatológico durante el embarazo pueden tener consecuencias fisiopatológicas, tales como hipertensión y preeclampsia [26].

La depresión no tratada durante el embarazo se ha asociado con resultados adversos, tales como aborto espontáneo [27], hemorragia durante la gestación [28], aumento de la resistencia de la arteria uterina [29], APGAR bajo [25], ingreso del recién nacido en una unidad de cuidado neonatal [7], retardo en el crecimiento neonatal [15,31,32], parto prematuro espontáneo [33,34], muerte fetal [36], bajo peso del recién nacido [16,23,26,28,35], bebés pequeños para su edad gestacional [34,38,41], complicaciones en el parto [26,28,37], partos prematuros [15,16,24,33] y altos niveles de cortisol después del parto en el bebé [31,38].

La depresión también se ha vinculado a mayor número de cesáreas y fórceps [15], además de un trabajo de parto más doloroso y, por lo tanto, con mayor necesidad de utilizar analgesia epidural [39,40]. Los estudios han encontrado que la enfermedad mental puede afectar la funcionalidad de la madre, su capacidad de obtener atención prenatal y de evitar comportamientos no saludables. Las mujeres que sufren de depresión son más propensas a fumar o consumir alcohol y otras sustancias, que a su vez pueden complicar el embarazo [41].

Una de las preocupaciones más evidentes con respecto a la depresión no tratada durante el embarazo es el empeoramiento del trastorno anímico en sí mismo, lo que puede llevar a la ideación o intentos suicidas. Si no se trata la depresión prenatal puede estar asociada con un mayor riesgo de sufrir un episodio de depresión en el posparto (50,0% a 62,0%) y a un empeoramiento de la condición psiquiátrica [42,43]. En algunos países, la interrupción del embarazo por motivos psiquiátricos es frecuente [44,45]. Según la Declaración de Consenso de la *National Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA)*, el 15,0% de mujeres que no reciben tratamiento para su cuadro depresivo durante el embarazo presentan intento de suicidio [46,47]. Se ha planteado que la depresión podría ser responsable de una parte no menor de los intentos suicida (30.000 a 35.000 suicidios anuales en América del Norte) [47].

En un estudio previo realizado en Chile, miembros de nuestro equipo estimaron que la prevalencia de episodios depresivos en el embarazo era de 29,0% (gestantes entre 25 y 32 semanas de embarazo) [48]. Como ha señalado Jadresic, estos episodios depresivos pueden tener un efecto negativo en los resultados, producto del abandono de los controles, de falta de conductas de autocuidado o por abuso de sustancias, tales como tabaco, alcohol o drogas [49].

En Chile, se sabe que los estados de distrés emocional (síntomas ansioso – depresivos) durante el embarazo se asocian a bajo peso de nacimiento, y que potencian (a través de interacciones sinérgicas) el efecto de otros factores de riesgo bio-médicos [50]. Además, también se ha descrito que los cuadros depresivos en el embarazo son un factor de riesgo para el desarrollo de episodios depresivos durante el postparto [51]. Resultados similares a estos se han encontrado en estudios realizados fuera de Chile, con grandes cohortes de mujeres embarazadas [52].

Instrumentos de tamizaje para la detección de la depresión en el embarazo

A pesar de que existen varios instrumentos de tamizaje para evaluar el riesgo de depresión en el embarazo, ninguna herramienta proporciona un alto grado de sensibilidad y especificidad combinada para este propósito [53].

El Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) han sido recomendados para una evaluación inicial de los síntomas depresivos porque son los más ampliamente estudiados en la investigación de estos cuadros en la etapa perinatal. Otros estudios también han utilizado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), así como el Patient Health Questionnaire (PHQ-2), la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y la Escala de Depresión del Embarazo (PDS). Estos instrumentos son de tamizaje e indican el riesgo para un posible trastorno depresivo, pero todos ellos requieren una confirmación diagnóstica.

La CES-D se utiliza ampliamente para la detección de síntomas de la enfermedad depresiva en general [54]. El CES-D evalúa síntomas afectivos cognitivos, del comportamiento y síntomas somáticos experimentados dentro de la semana previa al tamizaje. La escala incluye 20 ítems y tarda aproximadamente 5 minutos en ser contestada. La puntuación va de 0 a 60. Una puntuación de 16 o mayor identifica a las mujeres con un mayor riesgo de enfermedad depresiva. Los investigadores sugieren que este instrumento tiene deficiencias en la diferenciación entre un cuadro depresivo único y la depresión que se produce en asociación con otros trastornos mentales, y que la sensibilidad para la depresión mayor es relativamente baja. Mosak y Shore [36] llevaron a cabo un estudio transversal (N = 98) donde compararon la CES-D y la EPDS para la detección de la depresión. Este estudio incluyó 40,8% de hispanas y en esta población encontró que la CES-D identificó más embarazadas deprimidas que el EPDS [55,56].

Se ha descrito que la presencia de esquizofrenia, ansiedad, abuso de drogas, crisis de pánico, fobias y el trastorno bipolar pueden dar lugar a falsos positivos de depresión. Por lo tanto, la CES-D debe ser utilizada como instrumento de detección de la primera etapa y no se recomienda su uso sin entrevistas de seguimiento [57].

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del posparto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo inicial fue la detección de cuadros depresivos en el posparto, se ha comenzado a usar para la identificación de episodios depresivos en el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las mujeres que podrían estar cursando una depresión en el posparto [58]. La EPDS también ha sido ampliamente validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo [4,59].

Es una escala de 10 ítems, auto-administrada, que requiere aproximadamente 5 minutos para completar. Cuando los resultados no son concluyentes, la prueba se puede volver a administrar después de 2 semanas. LA EPDS tiene una puntuación máxima de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para depresión perinatal [4].

Una puntuación de 12 o más indica una posible depresión, de diversa gravedad. Es un instrumento muy fiable para las evaluaciones secuenciales de síntomas depresivos en el embarazo y en particular, para el tamizaje de un trastorno depresivo mayor. Los usuarios pueden reproducir sin permiso la EPDS proporcionando citación de los nombres de los autores, el título y el origen de este, en todas las copias reproducidas.

Ha sido validada para su uso en el embarazo por Murray & Cox, con un punto de corte de 14/15 para probable depresión. Esta validación se realizó entre las 28 y

34 semanas de gestación. Los puntajes del EPDS fueron comparados con RDC. El EPDS identificó todas las mujeres con RDC depresión mayor pero fue menos efectivo en detectar la depresión menor [60].

Gibson y cols realizaron una revisión sistemática de los estudios de validación del EPDS en el embarazo y en el posparto [61], encontrando que existe una heterogeneidad de los resultados, que puede deberse a diferencias en la metodología, lenguaje, a las entrevistas o a los criterios utilizados. La sensibilidad del instrumento varió entre 34% y 100%; y la especificidad entre 44% y 100%.

Por lo tanto, los resultados de diferentes estudios pueden no ser directamente comparables y la EPDS puede no ser igualmente válida en todos los entornos y contextos.

En Chile, ha sido utilizada desde hace un par de décadas, mostrando buenos resultados en al menos dos estudios independientes, que han realizado miembros de nuestro equipo [62,63].

Choi ha propuesto aplicar una encuesta simplificada del EPDS y verificar su eficacia como una pre-evaluación de la depresión prenatal. Los ítems de miedo o pánico y tristeza o sufrimiento explicaron el 75,5% de la puntuación total de la EPDS (AUC = 0,947). Con una puntuación de 3 como valor de corte de la escala simplificada, la sensibilidad fue del 92,4% y la especificidad fue del 86,3%. Los valores predictivos positivo y negativo fueron del 56,2% y 98,4%. Este estudio sugiere que la EPDS simplificada puede ser un instrumento eficaz para descartar la depresión durante el embarazo [64].

Por todo lo anterior, la EPDS podría ser una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos en el embarazo, los cuales deben ser detectados y tratados oportunamente. Sin embargo, las propiedades psicométricas del instrumento no

pueden ser directamente aplicadas a la población de embarazadas chilenas, razón por la cual se requiere un proceso de validación.

OBJETIVO

Realizar un estudio que permita conocer las propiedades psicométricas del EPDS en mujeres gestantes beneficiarias del Sistema Público de Salud.

DISEÑO METODOLÓGICO

En términos generales, se siguió un procedimiento estándar para el estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento que busca medir un problema de salud mental [65,66], similar al utilizado en la validación del EPDS para cuadros depresivos en el postparto [62].

Dado el objetivo de este estudio, se combinaron técnicas orientadas al estudio de la validez de constructo y a la validez de criterio. A continuación se detallan los procedimientos generales que fueron utilizados.

Estudio de la validez semántica. Aunque aparentemente los ítems parecen adecuados para la captura del fenómeno depresivo durante el embarazo, se realizó una entrevista a 10 embarazadas (durante su segundo control), para verificar la adecuación semántica de las preguntas y las respuestas.

Dado que la versión actual del EPDS ya está siendo utilizada en algunos centros de APS para la detección de cuadros depresivos en el embarazo, se tomó la decisión de mantener la versión tal como fue validada previamente en Chile. Los

resultados de esta fase serán considerados como recomendaciones para el equipo encargado de esta política en el MINSAL.

Estudio de la validez de constructo y de criterio. Se realizó un estudio transversal, a una muestra de embarazadas mayores de 17 años de edad, durante su segundo control de la gestación y hasta las 28 semanas de este. Es decir, se excluyeron las embarazadas que estuvieran en el tercer trimestre de su gestación.

Inicialmente se propuso tomar una muestra de 110 mujeres, en 3 centros de Atención Primaria, de la Región Metropolitana. Este tamaño muestral se obtuvo del criterio de contar con 10 casos por cada ítem del instrumento [66], asegurando una buena variabilidad de las respuestas, lo que es similar al criterio usado en el estudio de validación del EPDS para cuadros depresivos en el postparto. Se agregó un 10% adicional (10 casos), por eventuales pérdidas (por respuestas incompletas o situaciones similares).

Finalmente, se obtuvo una muestra de 111 gestantes, de tres centros de APS de la Región Metropolitana (Alejandro del Río, Pablo Neruda y Recreo), que cumplían con todos los criterios de inclusión y exclusión. Las características específicas de esta muestra se describen en el capítulo siguiente. No se registraron rechazos.

Para contar con un “gold standard” contra el cual contrastar los resultados del cuestionario y poder conocer los valores del tamizaje del instrumento, se utilizó una entrevista psiquiátrica estandarizada (el módulo de Episodio Depresivo del MINI), que es ampliamente reconocida para este uso [67], y con la cual nuestro equipo tiene amplia experiencia en diversos proyectos de investigación.

Adicionalmente, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (versión I) (IDB-I) para estudiar la validez convergente. El Inventario de Depresión de Beck es un instrumento extensamente utilizado en el mundo para medir la intensidad de los

cuadros depresivos [68-70], por lo que es muy útil para verificar si los puntajes de ambos test se mueven en forma concurrente.

La aplicación del EPDS, del IDB-I y del MINI se realizó en el momento en que las gestantes acudían a su segundo control del embarazo, en dependencias del centro de APS correspondiente. La entrevista fue aplicada por dos psicólogas que fueron especialmente entrenadas para este estudio. Todas las entrevistas duraron entre 15' y 20', tal como estaba previsto.

Los datos fueron digitados en una base en Excel. Posteriormente, los análisis se realizaron en SPSS (versión 15).

Se tomaron todos los resguardos éticos que corresponden a estudio con seres humanos: explicación del estudio, firma de consentimiento informado, manejo confidencial de la información, utilización de los datos sólo para fines de investigación, orientación terapéutica en caso de detectar un problema depresivo, resguardo seguro de los datos, retiro de información si lo solicita la persona y asegurar que su no participación en el estudio no le afectará en la provisión de sus servicios.

Estrategia de análisis de los datos

Se comenzó con el análisis descriptivo de los ítems para conocer la forma en que se distribuyen sus resultados (en las diferentes alternativas) y para verificar la heterogeneidad en las respuestas.

Se estudió la validez de constructo a través de un análisis factorial de componentes principales, con rotación ortogonal de tipo Equamax. La verificación del ajuste del modelo se hizo a través de las pruebas de esfericidad de Bartlett y de la prueba de adecuación muestral de KMO. Se complementó con el análisis de la matriz de anti-imagen.

Se estudió la consistencia interna a través del alpha de Cronbach. Los resultados fueron evaluados para el conjunto del instrumento y lo que sucede con la inclusión/exclusión de cada uno de los ítems específicos.

La validez convergente se estudió analizando la correlación entre el puntaje en la EPDS y el IDB-I.

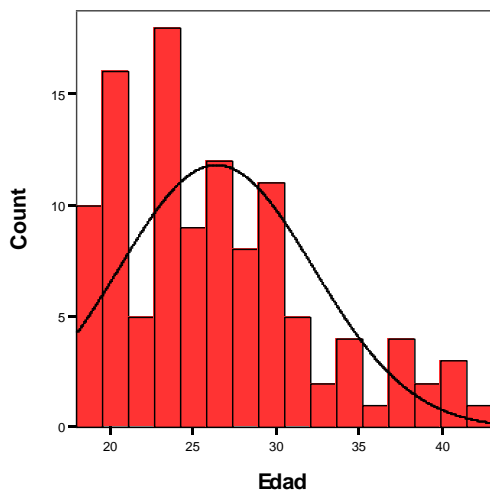
Finalmente, se procedió a estimar los valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, para diferentes puntos de corte, con la finalidad de identificar el punto de corte más eficiente para nuestra realidad. En los estudios nacionales previos [62,63] se encontró que el punto de corte más eficiente para identificar depresión en el postparto era 9/10, por lo que este fue el punto de partida para este análisis, y se siguió hacia arriba y hacia abajo.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra final estuvo constituida por 111 mujeres, que realizaban el segundo control de su embarazo y que provenían de tres centros de APS de la Región Metropolitana, distribuidas de la siguiente manera:

Centro de APS	Comuna	n	%
Alejandro del Río	Independencia	42	37,8
Pablo Neruda	Cerro Navia	56	50,5
Recreo	San Miguel	13	11,7
Total		111	100,0

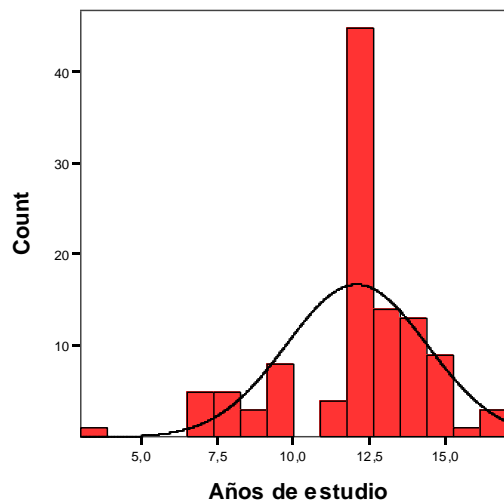
La edad en el grupo fluctuó entre los 18 y 43 años. La distribución fue asimétrica con una concentración de casos hacia las edades menores, tal como se observa en gráfico siguiente. La mediana estuvo en 25 años, con un recorrido intercuartílico cuyos valores fueron $RI_{25} = 22$ y $RI_{75} = 30$.



Un 89,2% de ellas señala tener pareja al momento de la entrevista. Respecto de su estado civil: 39,6% están solteras, 21,6% están casadas y 38,7% conviven con su pareja.

En este grupo, 48 mujeres (43,2%) son primigestas, 37 (33,3%) tienen 1 hijo, 15 (13,5%) tienen 2 hijos, y 11 (9,9%) tienen 3 o 4 hijos.

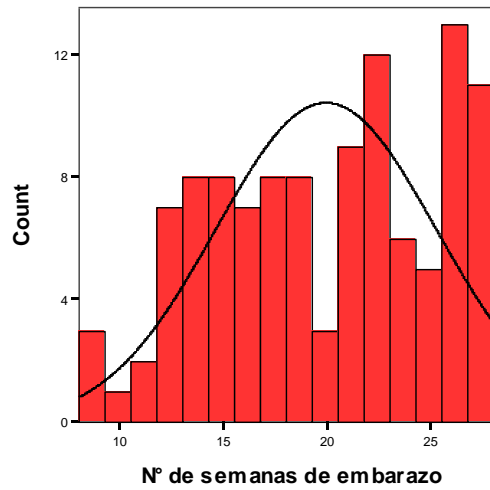
Respecto del nivel educacional, la mediana de años de estudio estuvo en los 12, con $RI_{25} = 12$ y $RI_{75} = 13$, lo que indica que la mayoría del grupo completó su enseñanza media (76,6% tiene al menos enseñanza media completa). En el siguiente gráfico se muestra la distribución del número de años de estudio completos.



En cuanto a la actividad laboral, 37 de ellas (33,3%) tienen un trabajo estable, 9 (8,1%) tienen un trabajo inestable, y más de la mitad (52,3%) no tienen trabajo remunerado y/o son dueñas de casa. 7 de ellas (6,3%) refirió tener otra situación ocupacional.

Respecto de la edad gestacional al momento de realizar esta entrevista, hubo un rango amplio entre las 8 y 28 semanas de embarazo, con una mediana en las 21

semanas, con $RI_{25} = 15$ semanas y $RI_{75} = 25$ semanas. El siguiente gráfico muestra la distribución de esta variable.



25 de estas gestantes (22,5%) señaló haber tenido el menos un aborto previo.

RESULTADOS

ANÁLISIS DE LA VALIDEZ SEMÁNTICA

Tal como se señaló previamente, el objetivo de este análisis es verificar las características semánticas de los diferentes ítems que componen el EPDS, para posteriormente hacer recomendaciones que permitan mejorar su valor semántico.

Dado que actualmente se utiliza la versión del EPDS que fue validada en Chile para la detección de cuadros depresivos en el posparto y que sus ítems no presentan un conflicto semántico para su aplicación en embarazadas, se decidió utilizar esta misma versión para este estudio. Entonces, en el total de la muestra, las encuestadoras fueron registrando cada situación donde la mujer no entendía bien la pregunta o ella le planteaba dudas.

En la siguiente tabla se presentan las observaciones de tipo semántica para cada uno de los ítems del EPDS.

N°	Ítem	Observaciones	Sugerencia
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	No hay observaciones	Dejar igual
2	He disfrutado mirar hacia adelante	En mujeres con menor nivel educacional y pensamiento más concreto, ha sido necesario aclarar que "hacia adelante" se refiere al futuro.	Cambiar por: "He disfrutado mirar hacia el futuro"
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	No hay observaciones	Dejar igual
4	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	El que la pregunta esté asociada a la condición de "...sin tener un motivo" generó necesidad de aclaración. Las mujeres embarazadas están con mayor sensibilidad y generalmente	Cambiar por: "He estado nerviosa e inquieta sin tener un motivo importante"

		encuentran un motivo. Por eso, a veces fue necesario agregar la condición de “motivo importante” durante la encuesta.	
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	No hay observaciones	Dejar igual
6	Las cosas me han estado abrumando	Fue bastante frecuente tener que explicar a qué se refiere el concepto de “estar abrumado”. Al revisar la versión original en inglés, se aprecia que la pregunta se refiere a la capacidad de afrontar los problemas (<i>coping</i>) y esto es consistente con las alternativas que se proponen.	Cambiar por: “No he podido enfrentar bien los problemas y estos me están sobrepasando”
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	Hubo problemas con la comprensión de la palabra “desdicha”, en algunos casos se requirió una explicación, y en otros casos la embarazada le daba una connotación muy intensa en un sentido negativo. Resulta más comprensible la palabra “infeliz” (propuesta por algunas gestantes). Además, esta sentencia tiene dos ideas (“estar desdichada” y “tener problemas para dormir”), que pudieran no estar conectadas, por lo que a veces fue necesario precisar que debían estar ambas condiciones.	Cambiar por: “Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir”.
8	Me he sentido triste o desgraciada	En este caso los dos conceptos no son sinónimos para las gestantes, ya que “ser desgraciada” es mucho más fuerte y duro que “sentirse triste”. La versión original en inglés usa la palabra “ <i>miserable</i> ”, que tiene una connotación con un rango amplio de posibilidades de aplicación. En cambio, en español el uso de las palabras “miserable” o “desgraciado” tiene una connotación muy negativa. Un sinónimo apropiado podría ser infeliz.	Cambiar por: “Me he sentido triste o infeliz”.
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	Igual que para la pregunta 7, a varias entrevistadas la palabra “desdichada” tenía una connotación fuerte, melodramática o exagerada. El texto original en inglés usa la palabra “ <i>unhappy</i> ”, como negación de la alegría), por lo que resultó mejor utilizar la palabra “infeliz para aplicarla en esta pregunta. Al igual que en la pregunta 7, esta sentencia tiene dos ideas (“estar desdichada” y “estar llorando”), que	Cambiar por: “Me he sentido tan infeliz que he estado llorando”

		podieran no estar vinculadas, por lo que a veces fue necesario precisar que debían estar ambas condiciones.	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	En este caso no hubo problemas semánticos. Pero, esta pregunta si se contesta en forma positiva requiere de una acogida y de una breve intervención. Además implica una derivación oportuna y con seguimiento posterior.	Dejar igual.

ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS

El objetivo de esta etapa es analizar la distribución de las respuestas en cada uno de los ítems, para verificar la variabilidad de estas. En general, se espera que ninguna de las alternativas concentre más del 80% de las respuestas, salvo en preguntas muy especiales que se refieren a experiencias poco frecuentes o inusuales.

En la siguiente tabla se presentan los resultados, expresados en porcentajes para cada respuesta dentro de cada ítem del EPDS.

N°	Ítem	0	1	2	3
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	56,8	31,5	10,8	0,9
2	He disfrutado mirar hacia adelante	67,6	21,6	7,2	3,6
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	15,3	26,1	41,4	17,1
4	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	21,6	22,5	43,2	12,6
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	33,3	30,6	25,2	10,8
6	Las cosas me han estado abrumando	19,8	35,1	35,1	9,9
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	49,5	18,0	20,7	11,7
8	Me he sentido triste o desgraciada	39,6	32,4	20,7	7,2
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	37,8	36,9	15,3	9,9
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	84,7	6,3	7,2	1,8

Se puede observar que las respuestas para casi todos los ítems presentan una buena variabilidad. La única excepción es el ítem 10, donde el 84,7% de las respuestas fueron para la alternativa “nunca”, lo cual es esperable ya que este ítem se refiere a ideas de autoagresión (incluyendo el suicidio), lo cual es una experiencia infrecuente en la población general, y aún más excepcional entre las mujeres embarazadas (incluso cuando presentan un cuadro depresivo).

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL

El objetivo de esta etapa es verificar si el EPDS tiene uno o más factores (variables latentes) dentro de sí. Para esto, se procedió a realizar un análisis factorial de componentes principales, con rotación ortogonal de tipo Equamax. Previo a esto, se revisó el ajuste del modelo a través de la prueba de esfericidad de Bartlett, de la prueba de adecuación muestral de KMO y del análisis de la matriz de anti-imagen.

Todos los indicadores para verificar el ajuste del modelo fueron muy buenos: 1) el resultado en el test de KMO fue de 0,917 (un KMO > 0,90 es excelente); 2) el valor de p en la prueba de esfericidad de Bartlett fue < 0,001 (esto indica que existen correlaciones significativas entre los ítems); y 3) los valores en la matriz de anti-imagen para cada uno de los ítems fluctuaron entre 0,873 y 0,946 (valores sobre 0,70 indican que el ítem tiene correlaciones significativas con el resto de los ítems del instrumento).

En la extracción de factores se obtuvo un sólo factor, que explica el 57,6% de la varianza, lo que confirma la estructura unifactorial del EPDS. Posteriormente se procedió a realizar una rotación ortogonal de tipo Equamax, cuyos resultados de las cargas factoriales se muestran en la siguiente tabla.

N°	Ítem	carga factorial
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	0,654
2	He disfrutado mirar hacia adelante	0,546
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	0,414
4	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	0,434
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	0,524
6	Las cosas me han estado abrumando	0,580
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	0,636
8	Me he sentido triste o desgraciada	0,764
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	0,768
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	0,436

Todas las cargas factoriales están sobre 0,300, indicando que existe una buena correlación entre el ítem y el factor (en este caso, el EPDS en su conjunto).

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA

El objetivo de este análisis es verificar la consistencia interna, a través del alpha de Cronbach para cada uno de los ítems, en lo que se refiere a su valor específico (respecto del conjunto del instrumento), como a lo que sucedería con la exclusión de este ítem.

El alpha de Cronbach para el EPDS fue de 0,914, y los resultados para cada ítem se muestran en la siguiente tabla.

N°	Ítem	Correlación ítem - total	Valor del α si se excluye este ítem
1	He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	0,744	0,903
2	He disfrutado mirar hacia adelante	0,656	0,907
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	0,576	0,912
4	He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	0,588	0,911
5	He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	0,664	0,907
6	Las cosas me han estado abrumando	0,697	0,904

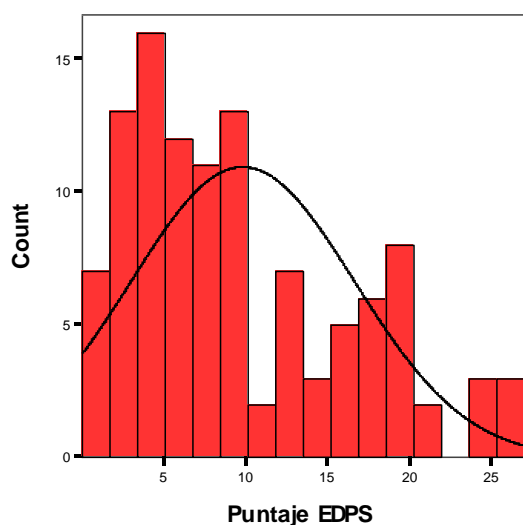
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	0,736	0,902
8	Me he sentido triste o desgraciada	0,823	0,897
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	0,827	0,896
10	Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	0,583	0,911

Como se puede apreciar, el valor del alpha fue muy bueno, todos los ítems presentan una alta correlación con la escala en su conjunto y en ningún caso la exclusión del ítem mejora el valor del alpha. Por tanto, el instrumento presenta una buena consistencia interna.

DESCRIPCIÓN DE LOS PUNTAJES EN EL TEST

Los valores en el puntaje del EPDS fluctuaron entre 0 y 27 puntos, con un promedio en 9,7 y una desviación estándar en 6,8. La mediana del puntaje estuvo en 8, con $RI_{25} = 4$ y $RI_{75} = 15$.

La distribución del puntaje en el EPDS fue asimétrica, con una mayor cantidad de casos hacia los valores inferiores, tal como se observa en el siguiente gráfico.



Estos resultados son los esperables, ya que sólo un porcentaje menor debería presentar un cuadro depresivo y por lo tanto, sólo estos casos se ubicarían en los puntajes superiores.

ANÁLISIS DE LA VALIDEZ CONVERGENTE

El objetivo de este análisis es verificar si los puntajes del EPDS se mueven en una dirección similar a la que se observa en otro cuestionario que mida el mismo constructo, para lo cual se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (versión I), BDI-I, que es extensamente utilizado para la medición de la intensidad de los síntomas depresivos en cuadros clínicos de este tipo.

Considerando que la distribución de los puntajes no es normal, ni simétrica, se optó por usar la prueba de Spearman, en la cual se encontró un rho de 0,850, con un valor-p para una prueba de una cola que fue < 0,001. Todo esto indica que existe una fuerte convergencia entre los puntajes de ambos cuestionarios.

ANÁLISIS DE CAPACIDAD PREDICTIVA DEL TEST

Para analizar la capacidad predictiva del EPDS se utilizó como *gold standard* una entrevista psiquiátrica estandarizada: el módulo de Episodio Depresivo del MINI, el que permite confirmar el diagnóstico usando los criterios del DSM-IV. La aplicación de este módulo del MINI obtuvo que 38 gestantes (34,2%) tenían un episodio depresivo.

Las mujeres que fueron clasificadas como padeciendo un cuadro depresivo, mostraron un puntaje significativamente más elevado en el EPDS ($16,3 \pm 6,0$) que aquellas gestantes que no tenían este cuadro depresivo ($6,3 \pm 4,3$) (prueba de Mann-Whitney, con $p < 0,001$). Una situación similar se observó con el puntaje en el BDI-I ($22,6 \pm 8,8$ vs $8,2 \pm 5,3$, en la prueba de Mann-Whitney, con $p < 0,001$). Todo esto confirma que los casos están bien clasificados y que se diferencian significativamente de los no-casos.

En la siguiente tabla se presentan los valores del tamizaje para diferentes puntos de corte, entre 6/7 y 15/16, para los indicadores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, así como la eficiencia global.

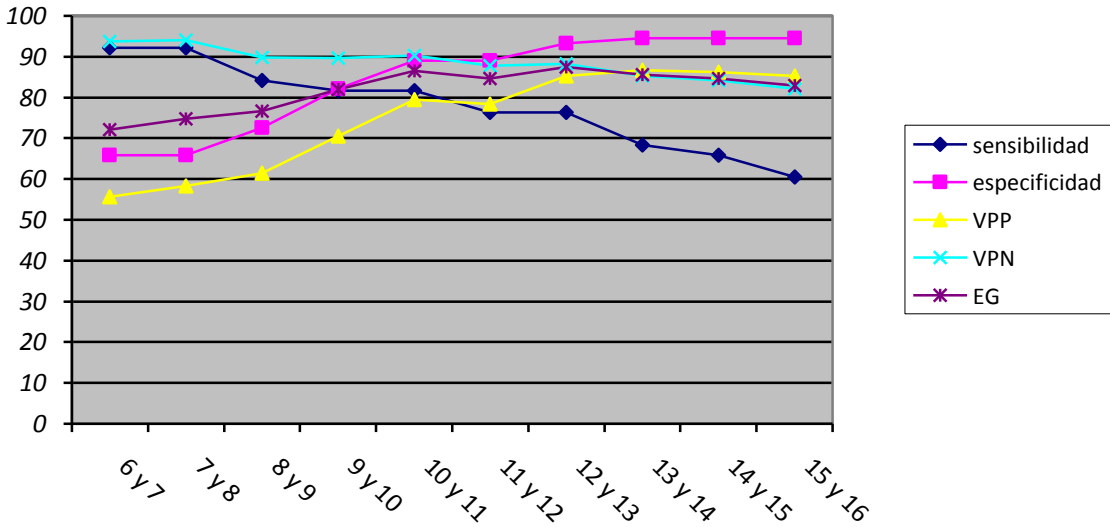
Punto de corte	Sens (1)	Espec (2)	VPP (3)	VPN (4)	EG (5)
6/7	92,1 %	65,8 %	55,6 %	93,8 %	72,1 %
7/8	92,1 %	65,8 %	58,3 %	94,1 %	74,8 %
8/9	84,2 %	72,6 %	61,5 %	89,8 %	76,6 %
9/10	81,6 %	82,2 %	70,5 %	89,6 %	82,0 %
10/11	81,6 %	89,0 %	79,5 %	90,3 %	86,5 %
11/12	76,3 %	89,0 %	78,4 %	87,8 %	84,7 %
12/13	76,3 %	93,2 %	85,3 %	88,3 %	87,4 %
13/14	68,4 %	94,5 %	86,7 %	85,2 %	85,6 %
14/15	65,8 %	94,5 %	86,2 %	84,1 %	84,7 %
15/16	60,5 %	94,5 %	85,2 %	82,1 %	82,9 %

Nota:

- (1) Sensibilidad (% de casos con depresión que fueron bien clasificados por el EDPS)
- (2) Especificidad (% de casos sin depresión que fueron bien clasificados por el EDPS)
- (3) Valor Predictivo Positivo (% de casos positivos en el EDPS que tienen depresión)
- (4) Valor Predictivo Negativo (% de casos negativos en el EDPS que no tienen depresión)
- (5) Eficiencia Global (% de casos y no casos que fueron bien clasificados por el EPDS)

Se puede apreciar que la máxima eficiencia global se obtiene con un punto de corte entre 12 y 13, con un 87,4% de correcta clasificación de casos y no-casos. Con este mismo punto de corte se logra una buena combinación de VPP y VPN (85,3% y 88,3% respectivamente). También se encuentra una buena eficiencia global para un punto de corte entre 10 y 11 (86,5%), pero en este caso el VPP cae bajo el 80%.

A continuación se representa en forma gráfica los distintos valores del tamizaje para los diferentes puntos de corte.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. El estudio se pudo realizar de la forma en que estaba previsto, por lo cual se cumplió con su objetivo a cabalidad. Se obtuvo una muestra de 111 gestantes, entrevistadas en su segundo control de embarazo, en tres centros de APS de la Región Metropolitana. No se registraron rechazos.
2. La muestra utilizada tuvo las siguientes características generales: la mediana para la edad estuvo en 25 años (con $RI_{25} = 22$ años y $RI_{75} = 30$ años); un 89,2% de ellas tenía pareja; 43,2% eran primigestas; un nivel educacional alto (un 76,6% tenía enseñanza media completa o más); la mayoría de ellas (52,3%) no tienen trabajo remunerado y/o son dueñas de casa. La edad gestacional fluctuó entre las 8 y 28 semanas de embarazo, con una mediana en las 21 semanas ($RI_{25} = 15$ semanas y $RI_{75} = 25$ semanas).
3. El EPDS aplicado a embarazadas muestra muy buenos indicadores psicométricos:
 - a. Las respuestas en los ítems presentan una buena heterogeneidad (variabilidad). La única excepción es el ítem 10, lo cual es completamente esperable porque se refiere a ideas de autoagresión.
 - b. El análisis factorial obtuvo un sólo factor, que explica el 57,6% de la varianza, lo que confirma la estructura unifactorial del EPDS.
 - c. El EPDS muestra una buena consistencia interna, con un alpha de Cronbach muy bueno (0,914) y todos los ítems presentan una alta correlación con la escala en su conjunto.
 - d. El EPDS mostró una buena correlación con el BDI-I (que miden intensidad de síntomas depresivos), con un rho de Spearman de 0,850 (valor-p < 0,001).
 - e. El EPDS mostró una buena capacidad para discriminar casos de no-casos con depresión. Las mujeres que presentaban un cuadro depresivo

tuvieron un puntaje significativamente más elevado en el EPDS ($16,3 \pm 6,0$) que aquellas gestantes que no tenían este cuadro depresivo ($6,3 \pm 4,3$) ($p < 0,001$).

4. La distribución del puntaje en el EPDS fue asimétrica, con una mayor cantidad de casos hacia los valores inferiores. Los valores en el puntaje fluctuaron entre 0 y 27 puntos, con una mediana en 8 puntos ($RI_{25} = 4$ puntos y $RI_{75} = 15$ puntos).
5. En la muestra estudiada hubo 38 gestantes (34,2%) tenían un episodio depresivo (basado en el módulo de Episodio Depresivo del MINI, como *gold standard*).
6. Para el uso del EPDS como herramienta de tamizaje de casos con depresión entre gestantes, se sugiere usar un punto de corte entre 12 y 13, ya que este obtiene la mayor eficiencia global (correcta clasificación de casos y no-casos en 87,4%), con una buena combinación de valores para VPP y VPN (85,3% y 88,3% respectivamente).
7. En base al análisis de validez semántica, se recomienda cambiar la redacción de las preguntas 2, 4, 6, 7, 8 y 9, de acuerdo con lo descrito en el acápite correspondiente.

REFERENCIAS

1. D'Alfonso A, Iovenitti P, Casacchia M, Carta G. Disturbances of humour in postpartum: our experience. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2002;29:207–11.
2. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(1):73– 87.
3. Wisner KL, Zarin DA, Holmboe ES, Appelbaum PS, Gelenberg AJ, Leonard HL, and others. Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2000;157:1933– 40.
4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.
5. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002;63(7):24–30.
6. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl 2):29–33.
7. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmont)* 2003;12:373–80.
8. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren G. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2004;49:726-735.
9. Burke L. The impact of maternal depression on familial relationships. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(3):243-55.5-8
10. Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100:629–34.
11. Kent A, Hughes P, Ormerod L, Jones G, Thilaganathan B. Uterine artery resistance and anxiety in the second trimester of pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:177–9.
12. Altshuler LL, Cohen LS, Moline ML, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med* 2001;(Special No):1–107.
13. Angst J, Baastrup P, Grof P, Hippus H, Poldinger W, Weis P. The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1973;76:489–500.

14. Kessler, McGonagle KA, Swartz M. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord* 1993;29:85–96..
15. Chung TK, Lau TK, Yip AS, Chiu HF, Lee DT. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med* 2001;63:830–4
16. Sandman CA, Wadhwa PD, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Porto M. Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Ann N Y Acad Sci* 1997;814:266–75.
17. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000;95:487–90.
18. Arck PC. Stress and pregnancy: loss of immune mediators, hormones and neurotransmitters. *Am J Reprod Immunol* 2001;46:117–23.
19. Erickson MT. The influence of health factors on psychological variables predicting complications of pregnancy, labor and delivery. *J Psychosom Res* 1976;20(1):21–4.
20. Kelly R, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry* 2001;158:213–9.
21. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, Pryds O, Jensen F, Nim J, and others. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Dev Med Child Neurol* 1994;36:826–32.
22. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome. Review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995;17:165–71.
23. Steer RA, Scholl TO, Hediger ML, Fischer RL. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. *J Clin Epidemiol* 1992;45:1093–9.
24. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:858–65.
25. Zax M, Sameroff AJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977;47:218–30.).
26. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995;39:563–95.

27. Michel-Wolf fromm H. The psychological factor in spontaneous abortion. *J Psychosom Res* 1968;12(1):67–71.
28. Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, and others. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. *J Affect Disord* 2000;61:101–6.),
29. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 1999;318:153–7
30. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmont)* 2003;12:373–80.
31. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, Schanberg S, Kuhn C, and others. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:260–6.
32. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol* 2000;19:535–43.
33. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, and others. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *Am J Epidemiol* 2002;155:293–301.
34. Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156:797–802.
35. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995;39:563–95.
36. Preti A, Cardascia L, Zen T, Pellizzari P, Marchetti M, Favaretto G, and others. Obstetric complications in patients with depression—a population-based case-control study. *J Affect Disord* 2000;61:101–6.
37. Cohler BJ, Gallant DH, Grunebaum HU, Weiss JL, Gamer E. Pregnancy and birth complications among mentally ill and well mothers and their children. *Soc Biol* 1975;22:269–78.
38. Ashman SB, Dawson G, Panagiotides H, Yamada E, Wilkins CW. Stress hormone levels of children of depressed mothers. *Dev Psychopathol* 2002;14:333–49.
39. Smith R, Cubis J, Brinsmead M, Lewin T, Singh B, Owens P, and others. Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin and corticotrophin

- releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *J Psychosom Res* 1990;34(1):53–69.
40. Mahomed K, Gulmezoglu AM, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Hofmeyr GJ. Labor experience, maternal mood and cortisol and catecholamine levels in low-risk primiparous
 41. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160:1107–11.
 42. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:251–5.
 43. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257–60.
 44. Kenyon FE. Termination of pregnancy on psychiatric grounds: a comparative study of 61 cases. *Br J Med Psychol* 1969;42:243–54.
 45. Krener P, Treat JN, Hansen RL. Research in pregnancy and mental illness: testing old wives' hypotheses. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;14:163–83.
 46. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991;302:137–40.
 47. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, and others. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997;277:333–40.
 48. Alvarado R, Perucca E, Neves E, Rojas M, Monardes J, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados *Rev Chil Obstet. Ginecol.* 1993; 58 (2): 135 – 141.
 49. Jadresic, ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. Chil Neuro-psiquiatr* 2010; 48 (4): 269 – 278.
 50. Alvarado R, Medina E, Aranda W. El efecto de variables psicosociales durante el embarazo en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Rev Méd Chil* 2002; 130 (5): 561 – 568.
 51. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev. Chil Neuro-psiquiatr* 2000; 38 (2): 84 – 93.
 52. Deave T, Heron J, Evans J, et al. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG* 2008; 115 (8): 1043 – 1051.

53. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. (Prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. February 2005.
54. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M. Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. *Infant Behav Dev.* 2006;29:169-174.
55. Mosack V, Shore E. Screening for depression among pregnant and postpartum women. *J Community Health Nurs.* 2006;23:37-47.
56. Radloff L. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas.* 1977;1:385-401.
57. Fechner-Bates S, Coyne JC, Schwenk TL. The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. *J Consult Clin Psychol.* 1994;62:550-559.
58. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of a 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-786.
59. Ryan D, Millis L, Misri N. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2005;51:1087-1093.
60. Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:99-107.
61. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:350-6
62. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; (16): 187 – 191.
63. Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes E, Neves E. La Escala de Edinburgo para la detección de cuadros depresivos en el postparto. *Rev Psiquiatr* 1992; 9 (3-4): 1177 – 1181.
64. Choi SK, Kim JJ, Park YG, Ko HS, Park IY, Shin JC. The simplified Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for antenatal depression: is it a valid measure for pre-screening? *Int J Med Sci.* 2012;9(1):40-6.
65. Cronbach LJ. *Fundamentos de los test psicológicos.* Ed. Biblioteca Nueva. España: Madrid. 1998.

66. Martínez Árias R. *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Ed. Síntesis. España: Madrid. 1995.
67. Sheegan DV et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a Structured Diagnosis Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (suppl 20): 22 – 33.
68. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory of measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561 – 585.
69. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). En: American Psychiatric Association (ed). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC, USA. 2000. Pp. 519 – 523.
70. Beck AT, Steer RA, Gabin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty – five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 78 – 100.

ANEXO 1

**Versión de la Escala de Edinburgo que fue
utilizada en este estudio [62]**

ESCALA DE EDINBURGO

Dado que Usted está embarazada, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.

Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

ED.1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

0. Tanto como siempre
1. No tanto ahora
2. Mucho menos ahora
3. No, nada

ED.2. He disfrutado mirar hacia adelante:

0. Tanto como siempre
1. Menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. Casi nada

ED.3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo:

0. No, nunca
1. Casi nunca
2. Sí, a veces
3. Sí, con mucha frecuencia

ED.5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:

3. Sí, bastante
2. Sí, a veces
1. No, no mucho
0. No, nunca

ED.6. Las cosas me han estado abrumando:

3. Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
2. Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
1. No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
0. No, he estado haciendo las cosas bastante bien como siempre

ED.7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, a veces
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.8. Me he sentido triste o desgraciada:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. No con mucha frecuencia
0. No, nunca

ED.9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:

3. Sí, la mayor parte del tiempo
2. Sí, bastante a menudo
1. Sólo ocasionalmente
0. No, nunca

ED.10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:

3. Sí, bastante a menudo
2. A veces
1. Casi nunca
0. Nunca