

# Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal<sup>†</sup>

MANUEL OQUENDO C,<sup>a</sup> TERESA LARTIGUE B,<sup>b</sup> ITZEL GONZÁLEZ-PACHECO,<sup>c</sup> SARA MÉNDEZ C<sup>d</sup>

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la validez y seguridad de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*, como prueba de tamiz para identificar depresión perinatal en pacientes que acuden a la Consulta Externa del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) con embarazo de entre 24 y 34 semanas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en el INPerIER entre enero y diciembre de 2006 con un número total de 209 mujeres que cursaban entre 24 y 34 semanas de embarazo, a quienes se les aplicó como prueba de tamiz la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*. Se estableció como punto de corte una calificación de 14 para agruparse como casos positivos (igual o más de 14) y negativos (menos de 14). Como estándar de oro, ambos grupos fueron evaluados en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER con Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV y la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud para establecer o descartar diagnóstico de depresión.

**Resultados:** De las 209 pacientes, según los resultados obtenidos por la prueba tamiz, 97 (46%) resultaron positivos y 112 (54%) resultaron negativos. Tomando en cuenta el estándar de oro, se encontraron 75 verdaderos positivos (36%), 22 falsos positivos (10%), 106 verdaderos negativos (50%) y seis falsos negativos (4%). Usando una tabla de 2 x 2 se determinó que la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%.

**Conclusiones:** Según los datos obtenidos en el presente estudio la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* es un instrumento válido y seguro para detectar depresión perinatal.

**PALABRAS GUÍA:** Embarazo, depresión, depresión prenatal, tamiz, sensibilidad, especificidad, valores predictivos.

<sup>†</sup> Este artículo forma parte del informe final "La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el primer año de vida" realizado con el apoyo económico del CONACYT, INPerIER y la APM.

<sup>a</sup> Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia, INPerIER.

<sup>b</sup> Co-chair para América Latina del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

<sup>c</sup> Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER.

<sup>d</sup> Subdirección de Intercambio y Extensión Académica, INPerIER.

Correspondencia:

Dr. Manuel Oquendo C.

Montes Urales No.800. Col. Lomas Virreyes, México, D.F. C.P. 11000. Torre de Investigación, 2o. piso. Tel.: 5282-5186.

Recibido: 22 de octubre de 2007.

Aceptado: 5 de mayo de 2008.



## INTRODUCCIÓN

El embarazo y el ejercicio de la maternidad es un ciclo en la vida de la mujer, que implica cambios en su vida, en la de la pareja y en las personas que la rodean. Por consiguiente, algunos autores llegan a considerarla como una crisis maduracional, ya que pone en juego la estabilidad emocional de la mujer, su capacidad para adaptarse a tales demandas, además de que revive conflictos de fases psicológicas previas al embarazo.

El periodo perinatal es en sí mismo un periodo de crisis en el desarrollo de la mujer, por las eventuales complicaciones que pueden ocurrir en el curso del embarazo y en los primeros años de vida que enfrentan a la mujer y el recién nacido con la posibilidad de enfermedad o muerte.<sup>1</sup> Con frecuencia las pacientes que concluyen la gestación presentan estados de disforia o melancolía en las primeras semanas posteriores a la resolución del embarazo,<sup>2</sup> este conjunto de manifestaciones han recibido tradicionalmente el nombre de “depresión posparto”.

Para De la Peña (2006) el puerperio es una etapa de la maternidad intensa, donde se va a poner a prueba el equilibrio y la capacidad de reajuste de la mujer. Destaca que durante los primeros tres días, se suele dar un periodo de adaptación donde las mujeres están preocupadas por sus propias necesidades, lo que permite proporcionar sugerencias y ayuda para el cuidado del bebé. Es una fase caracterizada por la pasividad y la dependencia.

En febrero de 2005 *The Safe Motherhood Group* y la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), publicaron un Reporte de Evidencias en el que se definió como depresión perinatal a la “*presencia de episodios depresivos durante el embarazo y los primeros 12 meses de vida*”.<sup>3</sup>

La depresión durante el embarazo tiene consecuencias serias a diferentes niveles: lleva a conductas de riesgo, tales como no buscar atención prenatal temprana, conductas poco saludables, partos pretérmino, productos de bajo peso y una limitación significativa de las interacciones madre-hijo durante las primeras etapas del desarrollo neonatal. La depresión posparto no diagnosticada y no tratada puede orillar a una severa morbilidad en la mujer, en su

familia y afecta directamente en el bebé, con retraso del lenguaje, en el desarrollo cognitivo, etc. Incluso, se ha demostrado que la depresión materna es uno de los factores de mayor riesgo para el desarrollo emocional de los hijos.<sup>2,4</sup>

En 1996 O'Hara y Swain publicaron un meta-análisis<sup>2,3,5,6</sup> sobre prevalencia de depresión posparto constituido por un documento clásico de referencia, en el cual los autores encuentran 59 estudios (entre cuyos instrumentos se encuentra la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* con un punto de corte de 13). En conjunto evalúan 12,810 mujeres reportando una prevalencia promedio de 13% (95% CI 12.3-13.4%).

*The Safe Motherhood Group* y la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) publicaron en febrero de 2005 un estudio sobre la prevalencia de depresión perinatal entre cuyos hallazgos reportaron:<sup>3</sup> Basados en 30 estudios sobre prevalencia de depresión perinatal, 13 ofrecen incidencias estimadas de dicho desorden, encontrando que estos oscilan entre 8.5 y 11.0% en diferentes etapas del embarazo y de 6.5 a 12.9% durante el primer año de posparto. En el análisis por periodos encontraron que hasta 19.2% de las pacientes presentaron un episodio depresivo en los primeros tres meses posteriores a la resolución del embarazo.

En el año 2000, Ortega, Lartigue y Figueroa<sup>1</sup> determinaron la prevalencia de depresión en el último trimestre de embarazo en un grupo de pacientes del INPerIER. Las autoras citadas tomaron una muestra de 360 mujeres con 28 a 34 semanas de embarazo y se les aplicó una batería de pruebas, incluyendo la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo*, con un punto de corte de 12. Los resultados encontrados en dicho estudio demostraron una prevalencia de 21.7%. La diferencia encontrada en la incidencia con estudios previos, radica en el punto de corte empleado, ya que con un punto de corte de 13 se obtuvo una incidencia de 16.6%.

La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* (de Cox, Holden y Sagovsky) fue diseñada y validada por sus autores para evaluar específicamente la sintomatología depresiva durante el periodo postnatal. Posteriormente, Murray y Cox determinaron su validez en las semanas 28 a 34 de gestación, su uso se ha extendido hasta casi cuatro

años posparto, recomendándose el nombre de Escala de Depresión Perinatal por el de Escala de Depresión Perinatal.<sup>1,6</sup>

El instrumento consiste en diez preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad o duración de los síntomas; requiere únicamente de cinco minutos para ser respondida.

En el año 2000, la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* fue validada para población mexicana con un estudio realizado en el INPerIER.<sup>1</sup>

En el año 2004, Tophil y cols. sugirieron el empleo de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* para tamizaje en busca de depresión perinatal, describiendo la prueba como un instrumento “ampliamente utilizado, bien validado, corto, de fácil aplicación, objetivo, con sensibilidad y especificidad satisfactorias. Se trata del único instrumento validado para uso pre y postnatal”.<sup>6</sup>

En 2004 se llevó a cabo un nuevo estudio en el INPerIER, que buscó la calibración del punto de corte de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo*, para obtener el punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.<sup>5</sup> Entre los resultados encontrados se determinó que con un punto de corte de 14 se alcanzaron valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad, siendo éste el punto de mejor equilibrio entre ambas.

En conclusión, se trata de un instrumento ampliamente utilizado, validado para la patología emocional que busca detectar y para el grupo al cual se dirige, validado para población mexicana y con estudios realizados en el INPerIER que corroboran su validez e incluso determinan el punto de corte de mayor equilibrio.

En el presente trabajo se determinó la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* como prueba de tamiz para identificar la población en riesgo de sufrir “depresión perinatal”, comparando los resultados con las evaluaciones realizadas en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER en el diagnóstico de depresión perinatal.<sup>7</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio tuvo una duración de un año, del 2 de enero de 2006 al 29 diciembre de 2006. Se realizó en mujeres que asisten al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para su control prenatal: las unidades de observación fueron las mujeres que presentaron depresión clínica (confirmada) en la gestación. La muestra de acuerdo con las investigaciones mencionadas en la revisión teórica será no probabilística, intencional, consecutiva y autoseleccionada. Se obtuvo una Carta de Consentimiento Informado por escrito de las pacientes que acudieron al Servicio de Consulta Externa, donde las mujeres tuvieron la libertad de decidir si participaban o no en el estudio y pudieron decidir retirarse de la investigación en el momento que lo desearan; se incluyeron 218 pacientes con base en los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión.** Pacientes en Control Prenatal de la Consulta Externa del INPerIER, que cursen embarazo de 24 a 34 semanas de gestación.
- **Criterios de exclusión.** Pacientes con diagnóstico de psicosis o con diagnóstico de síndrome orgánico cerebral; pacientes que consumieran antidepresivos o se encontraran en psicoterapia y pacientes que no aceptaron ser parte del estudio.
- **Criterios de eliminación.** Pacientes que abandonaron el estudio o a las que se diagnosticó psicosis o síndrome orgánico cerebral durante la ejecución del estudio, así como error en el llenado del instrumento.

Se consideraron como casos positivos y negativos:

- Número de pacientes detectadas entre los meses de enero y diciembre de 2006 con puntaje igual o mayor de 14 en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* y como casos negativos al número de pacientes detectadas entre los meses de enero y diciembre de 2006 con puntaje menor de 14 en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo*.



Todas las pacientes de ambos grupos se entrevistaron en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER para descartar o confirmar el diagnóstico de depresión, empleando la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV en su versión clínica (First, et al.)<sup>8</sup> y la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000) para evaluar el Eje I y II del DSMIV.

## RESULTADOS

En el lapso de tiempo establecido para el estudio se aplicaron 218 ejemplares de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburg*. Del total de cuestionarios obtenidos, se eliminaron nueve

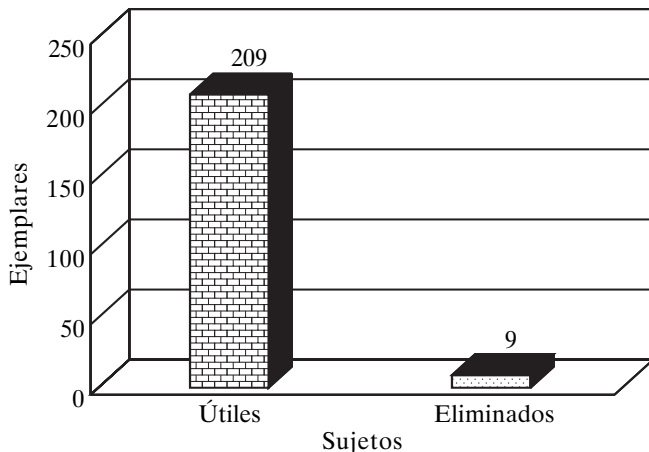


Figura 1. Sujetos que participaron.

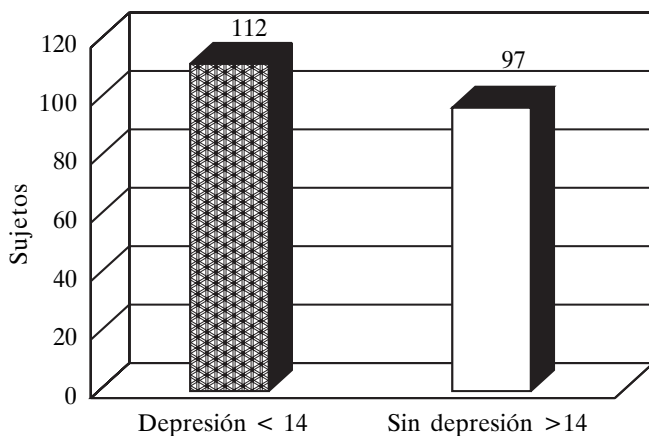


Figura 2. Resultados del análisis estadístico de la prueba.

por errores en su llenado o fallas en su aplicación (Figura 1).

Finalmente, 209 forman parte del análisis estadístico de la prueba, los cuales se distribuyen de la siguiente manera (Figura 2):

- 97 sujetos, que equivalen a 46%, obtuvieron un puntaje igual o mayor a 14 en la prueba, es decir, clasificaron como casos positivos.
- 54% de los sujetos obtuvieron menos de 14 puntos (un total de 112 sujetos), los cuales se consideran como casos negativos.

A su vez, los casos positivos pueden subclasificarse en: falsos positivos y verdaderos positivos. Los “*falsos positivos*” son aquellos casos que obtuvieron 14 o más puntos en el cuestionario, pero no se corroboraron como casos de depresión al ser valorados por el equipo de psicólogos del Departamento. En este caso 11% del total de sujetos (22 casos) resultaron ser falsos positivos, que son 23% de los positivos. 36% del total de sujetos, es decir 75 sujetos, resultaron clasificados como “*verdaderos positivos*”, 77% de todos los positivos. Se trata de pacientes que obtuvieron puntajes de 14 o más y se les diagnosticó depresión (Figuras 3 y 4).

Entre los 112 casos negativos, encontramos 106 casos (50%), que equivale a 95% de los casos negativos “*verdaderos negativos*”, es decir, pacientes con puntajes menores de 14 y sin diagnóstico final de depresión. 3%, es decir, seis sujetos (5% del total de negativos), como “*falsos negativos*”, con puntajes menores de 14 y con diagnóstico de depresión (Figuras 5 y 6).

Los sujetos que resultaron estar cursando con depresión se clasificaron como “*verdaderos positivos*” fueron 75 (36%) y “*falsos negativos*” seis (3%) (Figura 6).

Finalmente, la tabla de 2 x 2 muestra los resultados del estudio sobre depresión postnatal (Tabla 1).

Aplicando las fórmulas respectivas obtenemos:

- **Sensibilidad:** 90%, es decir, 90 de cada 100 pacientes con depresión perinatal serán correctamente detectadas como positivas

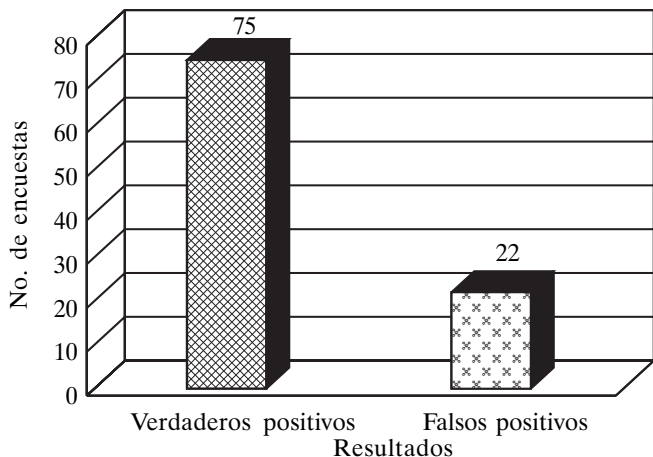


Figura 3. Casos positivos.

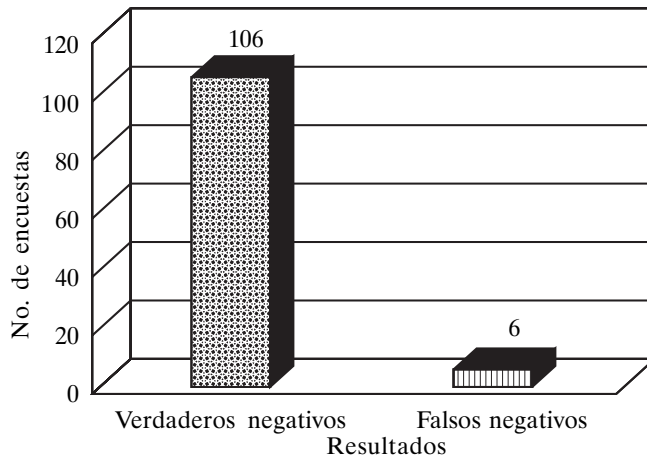


Figura 5. Casos negativos.

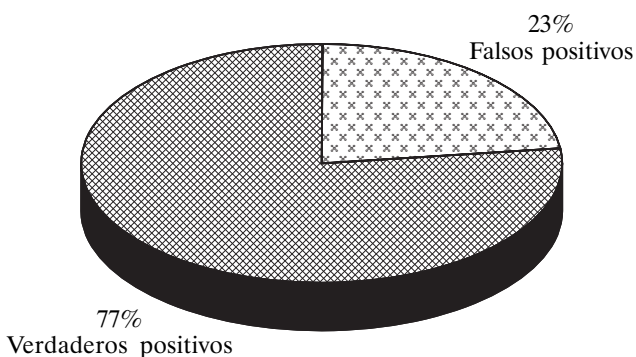


Figura 4. Porcentaje de casos positivos.

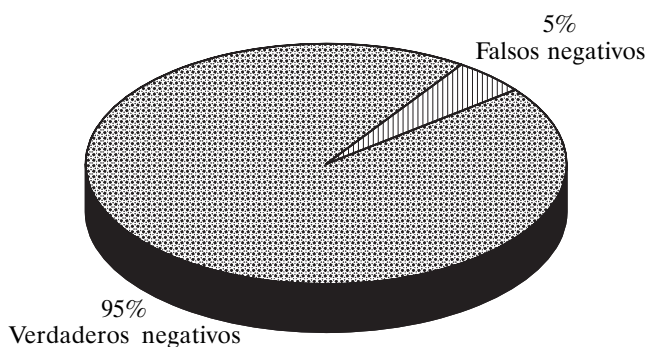


Figura 6. Porcentaje de casos negativos.

por la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*.

- **Especificidad:** 82%, es decir, 82 de cada 100 pacientes sin depresión perinatal serán correctamente detectadas como negativas por la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*.
- **Valor predictivo positivo:** 77%, es decir, 77 de cada 100 pacientes que resultaron “positivo” en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* presentarán depresión perinatal.
- **Valor predictivo negativo:** 94%, es decir, 94 de cada 100 pacientes que resultaron “negativo” en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*, no presentarán depresión perinatal.

**DISCUSIÓN**

Las pruebas diagnósticas son aquellas que apuntan inequívocamente a la patología, el concepto no se restringe a exámenes de

**Tabla 1**  
**Depresión perinatal**

	Con depresión	Sin depresión
Positivos (97)	75	22
Negativos (112)	6	106
Total (209)	Enfermos 81	Sanos 128

laboratorio y gabinete, sino también a la presencia de signos y síntomas de una enfermedad.<sup>9-10</sup> Para evaluar la exactitud de una prueba diagnóstica, ésta se contrasta contra los resultados de una referencia denominada “estándar de oro”, como no se puede aplicar siempre el estándar de oro, los clínicos recurren a pruebas diagnósticas que permitan establecer con determinada probabilidad el estado de salud de un paciente (Figuras 7 y 8).



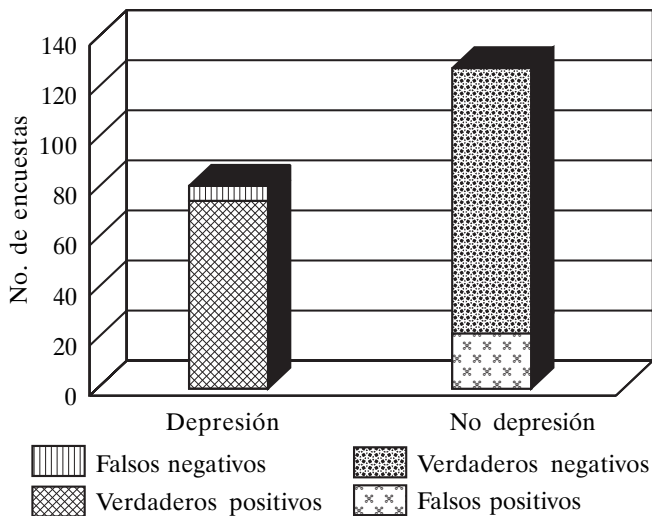


Figura 7. Diagnóstico.

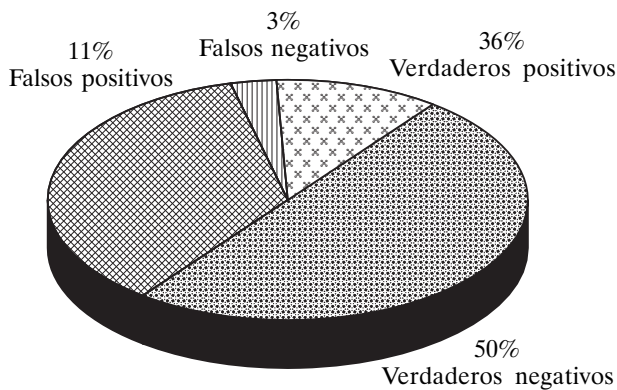


Figura 8. Resultados de las encuestas.

Las condiciones que deben ser exigidas a una prueba son la validez y seguridad.<sup>11</sup>

La sensibilidad y la especificidad de una prueba son medidas de su validez definidas como:

- **Sensibilidad:** proporción de personas realmente enfermas que son identificados como tales por la prueba.
- **Especificidad:** proporción de personas realmente no enfermas que fueron identificados como tales por la prueba.<sup>9</sup>

La seguridad viene determinada por el valor predictivo de un resultado positivo o negativo, es decir, valor predictivo es la probabilidad de que el resultado de la prueba corresponda al estado del paciente.<sup>12</sup>

Un instrumento capaz de detectar depresión perinatal debe ser incorporado a los estudios iniciales de la paciente obstétrica para detectar este cuadro oportunamente y brindar el tratamiento indicado para las pacientes que lo requieren para minimizar los efectos sobre ella y el recién nacido.<sup>13</sup>

Todos los resultados obtenidos, el cálculo de la sensibilidad y especificidad de la prueba, así como de su capacidad predictiva tanto positiva como negativa, demuestran que la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo* es un instrumento *seguro* y *válido* para ser utilizado como tamiz en detección de trastornos depresivos en la población del INPerIER.

El embarazo conduce a la creación de una vida que cambiará el lugar de la mujer en su propio mundo para siempre. Involucra tremendas transformaciones físicas, como son la alteración de procesos fisiológicos básicos como el sueño, digestión, apetito y los cambios hormonales que regularmente afectan el estado afectivo y la cognición.<sup>14</sup>

Es necesario que se implementen servicios preventivos que atiendan a las mujeres gestantes, servicios destinados a disminuir la preeminencia de las incapacidades crónicas o de las recaídas depresivas y, por tanto, reducir al mínimo las limitaciones funcionales consecutivas, pero al mismo tiempo servicios dirigidos a la prevención precoz que frene una cadena de transmisión transgeneracional de patología depresiva. El embarazo con los desafíos psicológicos que implica constituye una maravillosa oportunidad para crecer e integrar, pero también un enorme riesgo para el desarrollo de psicopatología que puede tener efectos a largo plazo para la relación materno infantil.<sup>15</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the validity and security of *Perinatal Depression Edinburgh Scale*, like screening test to identify perinatal depression in patients who went to the external consultation of the Instituto Nacional de Perinatología with pregnancy between 24 and 34 weeks.

**Material and methods:** A cross-sectional study was made in the INPerIER between January and December 2006 with 209 women undergoing 24 and 34 weeks of pregnancy to those it was applied to them the *Perinatal Depression Edinburgh Scale* settled down as cut point a qualification 14 to group like positive cases (equal or more than 14) and negatives (less than 14). Like gold standard, both groups were evaluated in the Departamento de Investigación Psicosocial of the INPerIER with Clinical Interview Structured for the Upheavals of Axis I of the DSM-IV and the Interview the International Composed of Diagnostic (CIDI), of the Worldwide Health Organization to establish or to discard depression diagnosis.

**Results:** From the 209 patients, according to the results obtained by the screening test, 97 (46%) were positive and 112 (54%) were negative. Taking into account the gold standard, were 75 true positives (36%), 22 false positives (10%), 106 true negatives (50%) and six false negatives (4%). Using a table of 2 x 2 one determined that *Perinatal Depression Edinburgh Scale*, it has a sensitivity of 90%, specificity of 82% and predictive values positive of 77% and negative of 94%.

**Conclusions:** According to the data collected in the present study, *Perinatal Depression Edinburgh Scale* is a valid and safe instrument to detect perinatal depression.

**KEY WORDS:** *Pregnancy, depression, prenatal depression, sensitivity, specificity, predictive values.*

### REFERENCIAS

1. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15(1): 11-20.
2. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(Suppl. 418): 51-6.
3. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Evidence Report/Technology Assessment: Number 119. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. February, 2005.
4. Lartigue T, González I, Vázquez M, Schnaas L, Ibarra P, Flores Q, et al. La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el primer año de vida. Proyecto de investigación entregado en la Dirección de Investigación del INPer; 2003.
5. Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(3): 179-86.



6. Thoppil J, Riutcel T, Nalesnik S. Early Intervention for Perinatal Depression. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 192(5): 1446-8.
7. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(2): 73-90.
8. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales. 4ta. Ed.; 1994.
9. Tapia RC. Metodología epidemiológica. Ed. Intersistemas. 2004; I(1): 1-57.
10. Hernández RS, Fernández CC, Baptista PL. Metodología de la investigación. 3a Ed. McGraw-Hill; 2004, p. 113-30.
11. Fernández P, Pértegas SD. Pruebas diagnósticas. *Cad Aten Primaria* 2003; 10: 120-4.
12. Molinero LM. Valoración de pruebas diagnósticas. ASEH. Disponible en: [www.seh-lilha.org/stat1.htm](http://www.seh-lilha.org/stat1.htm). [Consultado en octubre 2002].
13. Benson RC. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Aspectos psicológicos de la Obstetricia y Ginecología; 1984, p. 1055-9.
14. Campbell SB, Cohn JF. Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abon Psychol* 1991; 100(4): 594-9.
15. Smallwood S, Jamieson D, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 899-902.