



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**Instituto Nacional De Perinatología
“Isidro Espinosa de los Reyes”
Dirección de Ginecología y Obstetricia.**

**Validez y seguridad de la “Escala de
Depresión Perinatal de Edinburgh” como
prueba de tamiz para detectar depresión
perinatal.**

TESIS

**Que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

**PRESENTA
MANUEL OMAR OQUENDO CORTEZ**

**DR. VALENTÍN IBARRA CHAVARRÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN.**

**DRA. TERESA LARTIGUE BECERRA
DIRECTORA DE TESIS**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A Martha, Manuel, Lilia y Greby. Por la oportunidad.

A Devy, José Manuel, Nicolás. Mi razón.

NAMASTE

RECONOCIMIENTOS

Este reporte de investigación forma parte del informe final de la investigación: “Depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo/a en el primer año de vida”. Realizada con el apoyo económico del CONACYT sep-2003-co243690/a-1; (PRONABES) y por el Instituto Nacional de Perinatología 212250-50091, y de la asociación psicoanalítica mexicana, a.c.

Otorgado a la Dra. Teresa Lartigue.

A la Dra. Teresa Lartigue, por la invaluable guía de una experta y su constante predisposición.

Al equipo de trabajo del Departamento de Investigación Psicosocial, especialmente Itxel y Betty por su participación desinteresada en el presente trabajo, sin la cual lograr este objetivo no hubiera sido una experiencia tan grata.

A la Dra. Sara Méndez por su interés en el proyecto y la orientación brindada.

A la generación de residentes de primer año 2006-2007, especialmente la guardia C quienes fueron parte fundamental en los inicios del presente trabajo.

INDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO

- I. INTRODUCCIÓN
 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 - JUSTIFICACION
 - OBJETIVOS
 - HIPOTESIS
 - HIPOTESIS NULA
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS
- IV. DISCUSION
- V. APENDICES
- VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCION

La depresión (del [latín](#) *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En la mayoría de los casos, el paciente describe su estado como derribado, disminuido en su potencialidad, sin sustentación afectiva, limitado en su eje de acción usual, desganado. Ha sido definido como uno de los más importantes limitantes de la felicidad humana. ^(1,11)

La depresión perinatal se define como la que ocurre durante el embarazo hasta 12 meses después del parto ⁽⁹⁾.

De acuerdo a informes que se analizan en los próximos capítulos, aproximadamente 1 de cada 20 mujeres estadounidenses embarazadas o que han terminado el embarazo en los últimos 12 meses están sufriendo de depresión mayor. Cuando los episodios de depresión mayor y menor se combinan, hasta un 13 por ciento de las mujeres experimentan depresión. ⁽³⁾

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. ⁽¹⁵⁾

Por todas estas razones el presente trabajo busca ser un aporte para mejorar las estrategias de detección temprana e intervención oportuna en las pacientes atendidas por embarazo de alto riesgo en el Instituto Nacional de Perinatología.

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 con embarazo de entre 24 y 34 semanas.

Diseño del estudio: Estudio transversal.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el INPer 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 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 INPer con Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I 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 6 falsos negativos (4%). Usando una tabla de 2x2 se determinó que la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*, tiene una sensibilidad de 90%, especificidad de 82% y valores predictivos positivo de 77% y negativo 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.

CAPITULO 1. MARCO TEORICO.

TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO DEFINICIÓN.

Dentro de la clasificación de los trastornos mentales, la depresión se ubica como una alteración del estado de ánimo o un trastorno afectivo ⁽¹⁰⁾. Esta se caracteriza por estado de ánimo descrito como triste, desánimo, pérdida de interés o anhedonia. Pérdida del apetito e insomnio entre sus principales manifestaciones ⁽¹⁾.

CLASIFICACION.

Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y trastornos reactivos, es decir secundarios (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo debido a consumo de sustancias). ^(1,11)

DIAGNOSTICO.

Los criterios diagnósticos de un *episodio depresivo* son:

- Estado de ánimo descrito por el paciente como triste, desesperanzado, desanimado.
- Pérdida de intereses o capacidad para el placer y pérdida del apetito.
- Insomnio.
- Cambios psicomotores (enlentecimiento), baja de energía, cansancio y fatiga.
- Sentimiento de inutilidad o culpa.
- Capacidad disminuida para pensar, concentrarse y tomar decisiones.
- Pensamientos de muerte o suicidas.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos de al menos dos semanas de duración y con cuatro síntomas depresivos ^(1,11).

En el trastorno depresivo menor los síntomas de depresión no alcanzan los criterios de depresión mayor en cuanto a severidad pero sí en cuanto a duración ⁽¹¹⁾.

EPIDEMIOLOGIA.

Los trastornos depresivos son frecuentes ⁽¹¹⁾. Se han descrito prevalencias que van de 4.9% a 25% ^(1,11, 12) El género juega un papel importante en las tasa de prevalencia de la depresión. En el sexo femenino las tasas de depresión son el doble que en los hombres, en particular, las mujeres en edad reproductiva se encuentran en mayor riesgo de presentar cuadros depresivos mayores. El embarazo y la maternidad incrementan este riesgo.

La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos del estado de ánimo alcanza en 25% en algunas series ⁽¹¹⁾. No se ha encontrado cambios significativos respecto de la prevalencia de la depresión entre grupos étnicos o razas ⁽¹²⁾.

ETIOLOGIA.

Además de los nuevos avances respecto de la neurobiología de la depresión ⁽²⁾, Kaplan y Sadock ⁽¹¹⁾ agrupan los factores involucrados en la etiología de la depresión en biológicos, genéticos, psicosociales.

Los factores biológicos incluyen:

Aminas biógenas:

- Regulación a la baja de los receptores de noradrenalina.
- Disminución de receptores serotoninérgicos.
- Disminución de la actividad dopaminérgica.
- Otros neuroquímicos involucrados: Ac. Gama aminobutírico (GABA), vasopresina y opiáceos endógenos.

Alteración de la regulación neuroendócrina:

- Eje adrenal: Hipersecreción de cortisol.
- Eje tiroideo: Liberación reducida de TSH en respuesta a estimulación con TRH.
- Hormona de crecimiento: Pobre respuesta a la inducción con clonidina.

Evidencias respecto de los factores genéticos involucrados:

Estudios familiares:

- Los familiares en primer grado de pacientes con trastorno bipolar, tienen el 8 a 18 veces más probabilidad de sufrir episodios depresivos respecto de los familiares en primer grado de sujeto control.
- Los familiares en primer grado de pacientes con trastorno bipolar, tienen el 1.5 a 2.5 veces más probabilidad de sufrir trastorno depresivo bipolar respecto de los familiares en primer grado de sujeto control.
- 50% de los pacientes con trastorno bipolar, tiene al menos un pariente en primer grado con trastorno del estado de ánimo.

Estudios sobre adopción:

- Los hijos biológicos de progenitores afectados, mantienen un riesgo elevado de sufrir trastornos del estado de ánimo, incluso si son criados por familias no afectadas.
- Padres biológicos de niños adoptados afectados, mantienen la prevalencia de los padres de niños afectados no adoptados.

Estudios con gemelos:

- La concordancia entre gemelos monocigóticos para el trastorno bipolar oscila entre 33% y 90%
- Para el trastorno depresivo mayor, la concordancia entre gemelos monocigóticos es aproximadamente de un 50%

Factores psicosociales involucrados:

Acontecimientos vitales y estrés ambiental:

- El estrés asociado a un primer evento depresivo produce cambios de largo plazo en la biología cerebral, que predispone al paciente para episodios posteriores aún sin factores estresantes externos.

Papel de la Familia:

- La psicopatología detectada en la familia de un paciente tratado por trastorno del estado de ánimo, tiende a permanecer aún después de la recuperación de este.
- Además el grado de psicopatología de la familia puede afectar la tasa de mejoría, recaídas y adaptación tras la recuperación del paciente.

Neurobiología de la depresión:

En los últimos años se han encontrado múltiples elementos fisiopatológicos involucrados en los trastornos del estado de ánimo. ⁽²⁾

- Aumento reversible del flujo sanguíneo y el metabolismo de glucosa en la amígdala.
- Disminución del número y la densidad de las células gliales en la corteza prefrontal.
- Disminución de la densidad de las neuronas no piramidales en la corteza prefrontal.
- Disminución de la densidad de la glia y del tamaño de las neuronas de la corteza orbital.
- Disminución de la densidad de la arborización de las dendritas apicales del hipocampo.

La interacción entre las diferentes estructuras involucradas es aún tema de investigación, se ha postulado de 40-50% del riesgo de padecer un trastorno depresivo es de origen genético asociada a algunos factores ambientales. ⁽²⁾

TRATAMIENTO.

El tratamiento de los pacientes con trastornos del estado de ánimo debe ir dirigido a diferentes objetivos. Primero, garantizar la seguridad del paciente. El segundo es llevar a cabo una completa evaluación diagnóstica del paciente, en tercer lugar, un plan terapéutico no sólo debe encaminarse a los síntomas inmediatos, sino al bienestar posterior del paciente.

Aunque los tratamientos actuales se centran en la farmacoterapia y la psicoterapia individual, los acontecimientos vitales estresantes también se asocian a una mayor tasa de recaídas entre los pacientes con trastorno del estado de ánimo. “En consecuencia, el tratamiento también debe reducir el número y la gravedad de dichos factores estresantes en la vida de lo pacientes”.⁽¹¹⁾

DEPRESION PERINATAL.

DEFINICION.

El periodo perinatal es en si 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⁽⁴⁾. Con frecuencia las pacientes que concluyen la gestación presentan estados de disforia o melancolía en las primeras semanas posteriores a la resolución del embarazo⁽¹⁵⁾, este conjunto de manifestaciones han recibido tradicionalmente el nombre de “depresión posparto”. En febrero de 2005 *The Safe Motherhood Group* y *la Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), publican un “reporte de evidencias” en el que se define como depresión perinatal a la “*presencia de episodios depresivos durante el embarazo y los primeros 12 meses de vida*”⁽⁹⁾.

PREVALENCIA.

La literatura cita múltiples estudios sobre la prevalencia estimada de casos de depresión perinatal. Algunos de ellos según Espíndola y colaboradores⁽¹⁰⁾ son: 15.8% en población árabe (Gubash y Abou-Saleh, 1997). 16% en mujeres en Zimbawe (Niwatiwa 1998). Para población sudafricana Lee (2001), reporta 34.7% . En mujeres chinas y Japonesas 11.2% y 17% respectivamente (Yoshida y Patel, 2002).

En 1996 O’Hara y Swain publican un meta-análisis^(9,10,15,18) sobre prevalencia de depresión post parto que se constituye en un documento clásico de referencia, en el cual los autores encuentran 59 estudios (entre cuyos instrumentos se encuentra la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* con un punto de corte de 13). En conjunto evalúan 12810 mujeres reportando una prevalencia promedio de 13% (95% CI 12.3% – 13.4%).

Bennett y cols.⁽¹⁷⁾ conduce otro meta-análisis para determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo. En este caso los autores combinan los hallazgos de 21 estudios (entre los cuales también se utilizó la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*) con una muestra total de

19284 mujeres embarazadas estimando una la prevalencia de depresión en 7.4 % (95% CI 2.2 % – 12.6%).

Con estos antecedentes *The Safe Motherhood Group* y la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) publica en febrero de 2005 un estudio sobre la prevalencia de depresión perinatal entre cuyos hallazgos reportan ⁽⁹⁾: Basados en 30 estudios sobre prevalencia de depresión perinatal, 13 ofrecen incidencias estimadas de dicho desorden, encontrando que éstos oscilan entre 8.5 y 11.0 % en diferentes etapas del embarazo y de 6.5 a 12.9 % durante el primer año de post parto. En el análisis por períodos encontraron que hasta un 19.2 % de las pacientes presentan un episodio depresivo en los primeros 3 meses posteriores a la resolución del embarazo.

PREVALENCIA EN EL INPer.

En el año 2000, Ortega, Lartigue y Figueroa ⁽⁴⁾ determinan la prevalencia de depresión en el último trimestre de embarazo en un grupo de pacientes del Instituto Nacional de Perinatología.

Los autores citados toman una muestra de 360 mujeres con 28 a 34 semanas de embarazo y se les aplica una batería de pruebas incluyendo la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*, con un punto de corte de 12.

Los resultados encontrados en dicho estudio demostraron una prevalencia del 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%.

ETIOLOGIA.

El modelo patogénico para el desarrollo de depresión perinatal corresponde al modelo vulnerabilidad – evento estresante propio de los cuadros depresivos en general. En términos generales, la depresión es una condición que se manifiesta en individuos predispuestos (genética y bioquímicamente) en quienes se presenta un evento estresante de cualquier índole que actúa como “gatillo” o desencadenante para la expresión del cuadro depresivo ⁽¹⁵⁾.

El periodo perinatal es en si 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 ⁽⁴⁾, además, el proceso gestacional se caracteriza por profundos cambios físicos y psíquicos que afectan las relaciones de la mujer consigo misma, con su pareja, sus padres y el medio social en general ⁽¹⁰⁾.

Algunos datos que apoyan esta posición son descritos por Riecher-Rössler y cols. ⁽¹⁵⁾.

- El factor de riesgo más importante que se ha asociado a la depresión posparto es la predisposición individual, alrededor de 30% de las pacientes con depresión posparto tuvieron episodios depresivos previos.
- Una caída de niveles de estrógeno producida experimentalmente provocó depresión en 63% de las pacientes que tenían historia de depresión posparto y no tuvo este efecto en pacientes sin dicho antecedente.

En conclusión, no se han encontrado evidencia de que exista un factor etiológico específico o patrones psicopatológicos específicos para la depresión prenatal en relación a otros cuadros depresivos.

DEPRESION PERINATAL: SUS CONSECUENCIAS.

En términos generales las interacciones madre – hijo en el caso de pacientes con depresión perinatal han demostrado ser de menor calidad comparadas con las madres que no cursaron con depresión ⁽⁹⁾. A su vez, las perturbaciones en la interacción temprana madre – hijo generan sentimientos de culpa en la progenitora que incrementan los niveles de ansiedad/depresión iniciando así un círculo vicioso.

Los hijos de madres deprimidas han demostrado un retraso en el desarrollo no sólo emocional y conductual sino también cognitivo ⁽¹⁵⁾. Además se ha asociado a partos pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino e incremento en las admisiones en unidades de cuidado intensivo neonatal ⁽¹⁸⁾.

Los efectos de la depresión perinatal en los patrones de interacción madre-hijo como en el propio recién nacido durante el primer año de vida, han sido recopilados por Lartigue ⁽⁸⁾:

La depresión materna puede afectar negativamente a los bebés desde el periodo neonatal, lo que implica que existen efectos desde el periodo prenatal. Los infantes muestran un perfil de fallas en la regulación bioquímica, fisiológica y conductual. La desregulación fisiológica se advierte tan temprano como a la semana de edad, y se caracteriza por una activación frontal derecha en el EEG, menor tono vagal y un menor número de patrones de sueño maduro; se encontraron los mismos hallazgos al mes de vida y a los tres meses de edad.

Estos efectos incluyen la influencia desorganizante de la conducta interactiva de la madre en virtud de que:

- a) las madres deprimidas presentan dos estilos de interacción con sus hijos e hijas: evitante o intrusivo, que tienen diferentes efectos negativos en sus infantes por el uso inadecuado de la estimulación y de la regulación o modulación al estimularlo.
- b) Otras figuras familiares (por ejemplo los padres) pueden amortiguar estos efectos, debido a que pueden proveer una estimulación y regulación óptimas a sus pequeños/as.

Los hijos de madres con depresión crónica en el embarazo y que persistió hasta el sexto mes posparto, presentaron retardos en su desarrollo al ser evaluados a los doce meses de edad (puntajes inferiores en las escalas mental y motora del Bayley-II) al igual que crecimiento retardado. Esta alteración o déficit puede deberse al efecto acumulativo de la exposición a la depresión materna, incluyendo los elevados y continuados niveles de norepinefrina encontrados en estos bebés. También se observó que tenían menor peso en comparación con hijos de madres no deprimidas.

Al aparear los perfiles bioquímicos de las madres en el embarazo con los de sus recién nacidos, se encontró:

- a) en el tercer semestre de la gestación, las mujeres mostraron niveles mas elevados de norepinefrina y cortisol y niveles de dopamina inferiores (en comparación con un grupo de mujeres embarazadas no deprimidas). Los mismos hallazgos se encontraron en los recién nacidos.
- b) Se replicó el estudio y se evaluaron además, los productos, a través de un sonograma para evaluar sus niveles de actividad y sus respuestas a un estímulo vibrotáctil. Se encontró una menor actividad y respuestas mas débiles a la vibración, asimismo, el peso estimado de los fetos fue significativamente menor.

Los recién nacidos hijos de madres deprimidas presentaron perfiles de desarrollo que se caracterizaron por:

- a) Durante la examinación a través del NBAS se observó en los hijos de las madres deprimidas (en comparación con los hijos de las madres no deprimidas) un menor nivel de desarrollo del tono motor, menor nivel de actividad, menor vitalidad y resistencia y mayor irritabilidad, y una conducta más estresante. Se obtuvieron también puntajes inferiores en el NBAS en el conglomerado de Orientación (específicamente, el no poder localizar el sonido de una sonaja al agitarse y de una campana); respondieron de forma mínima a los estímulos inanimados en comparación con los estímulos animados, lo que sugiere que puedan tener umbrales sensoriales mas altos. Lo anterior puede contribuir en la perturbación en las interacciones tempranas (tal y como se ha visto que ocurre con los puntajes en Orientación que se han asociado con las conductas de interacción posteriores). La disminución del tono motor y el menor nivel de actividad en el “conglomerado depresivo” era esperable debido al bajo nivel de actividad, letargia y falta de disponibilidad o de apronte en la conducta, que se observó también a los tres meses de edad. En un estudio posterior se encontró el mismo nivel inferior de ejecución, donde la expresión facial a los estímulos del NBAS y las conductas de imitación fueron más limitadas.

- b) Los bebés tuvieron elevados niveles de norepinefrina y patrones de sueño indeterminado en la etapa neonatal (hubo una gran dificultad para codificar los patrones que no podían ubicarse ni como sueño profundo ni como sueño activo). Se ha encontrado una asociación inversa o negativa entre la cantidad de sueño indeterminado en el periodo neonatal y el coeficiente intelectual a los 12 años de edad.
- c) Los recién nacidos mostraron menor atención y menor expresión a los gestos faciales de sus madres que habían sido filmados (los cuales se exageraron a propósito, con el fin de modelar y explicitar respuestas de mirada y mímica en sus hijos/as).
- d) En el EEG, se encontró mayor activación frontal derecha a la semana después del nacimiento, al mes y a los tres meses, que perduró hasta los tres años de edad.

Respuestas limitadas en las expresiones faciales, menor tono vagal y signos de retrasos o fallas neurológicas a los seis meses de edad.

De igual manera, menor número de conductas de relación social a los nueve meses de edad.

- e) Menor número de conductas de juego y de exploración; En el EEG tanto en los hijos/as de madres deprimidas como sus madres, se encontró un patrón de asimetría que se advierte en los adultos con depresión crónica y que se conoce como mayor activación frontal derecha y menor izquierda.

La actividad frontal EEG al mes del nacimiento, correlacionó con un patrón indeterminado de sueño y con la expresión de afectos negativos en el periodo neonatal.

- a) Se encontró un bajo o menor tono vagal a los tres y seis meses de edad; en este periodo de tiempo tiene que haber un aumento propio del desarrollo, que no ocurrió en los hijos de madres deprimidas.
- b) Este menor tono vagal a los seis meses correlacionó con un número menor de vocalizaciones en las interacciones con sus madres y con un

menor número de respuestas, sugiriendo una disminución del desarrollo autónomo y control en los hijos de madres con depresión. Cabe señalar que el tono vagal puede estar influido por factores contextuales como el estrés y cambios en la atención durante las interacciones.

En las interacciones socio afectivas las madres deprimidas son notablemente menos expresivas, por lo que sus bebés pueden agitarse en extremo en su intento por tratar de obtener una mayor respuesta o expresión de su parte. De igual manera, los hijos de madres deprimidas mostraron mayor número de conductas negativas como (evasión o evitación de la mirada) y expresiones de tristeza o enojo, que mostraron una correlación con el tono vagal. A los seis meses de edad, los bebés obtuvieron un tono vagal significativamente mas bajo y las respuestas conductuales a las expresiones faciales maternas fueron más lentas. Cabe recordar que un tono vagal alto está asociado con un mejor desempeño en atención y tareas de aprendizaje.

Respecto de estudios realizados sobre percepciones y afectos, las madres deprimidas mostraron:

- a) Menor número de expresiones faciales positivas y voces y caras animadas.
- b) Los productos produjeron mayor número de caras de tristeza y enojo y menor número de caras de expresión de interés.
- c) Prefirieron mirar videos con caras de tristeza y voces con tono triste, que podría deberse a que les son mas familiares.
- d) Menor sincronía o apareamiento con expresiones vocales de felicidad.
- e) La ausencia de una relación entre las expresiones faciales y el tono vagal, sugiere un desentonamiento o desconexión conductual que puede derivar en una excesiva vigilancia de las situaciones emocionales.
- f) Al año de edad, los hijos de madres deprimidas mostraron menor conductas de protesta, en una situación donde la madre sostiene o carga una muñeca.

Las tres cuartas partes de las madres deprimidas durante el embarazo, permanecieron deprimidas hasta los tres años posparto (de acuerdo con la escala de Beck), haciendo evidente una actitud de menor empatía hacia sus hijos. Estos continuaron mostrando las siguientes dificultades en los años preescolares:

Problemas de interacción (*Children Behavior Check List*).

- Calificaron clínicamente para problemas de externalización e internalización de síntomas.
- Presentaron elevados niveles de cortisol.
- Mayor inhibición ante un objeto externo y

- Fueron percibidos por sus madres como vulnerables.
- Los principales marcadores de una depresión crónica a los seis meses posparto fueron: activación frontal derecha en el EEG (desde los tres meses), bajo tono vagal y serotonina y elevados niveles de norepinefrina y cortisol en el periodo neonatal ⁽⁸⁾.

DIAGNOSTICO Y TAMIZAJE PARA DEPRESION PERINATAL.

El médico es responsable de identificar, en el periodo prenatal, las pacientes que probablemente no podrán hacer frente a las tensiones a las que se verán expuestas. ⁽³⁾

La importancia de detectar y tratar la depresión perinatal se ha reconocido desde hace poco ⁽⁹⁾. Muchas veces este cuadro puede pasar inadvertido porque muchas de las molestias asociadas al embarazo y el puerperio son similares a los síntomas depresivos. ^(9,3). El estándar de referencia para el diagnóstico de depresión puede ser de dos tipos:

- El primero incluye una evaluación clínica por un profesional de la salud mental, basada en algún sistema de criterios:
 - *Diagnostic a Statistical Manual of Mental Disease (DSM)*.
 - *The Research Diasgnostic Criteria (RDC)*.
 - *The Bedford Collage Checklist*.
 - *Internacional Clasification of Diseases (ICD)*
- El segundo implica la aplicación de una entrevista clínica estructurada y semi-estructurada ^(9,1,11).

Cada una de ellas confirma el diagnóstico con base en cualquiera de los sistemas de criterios citados ^(9,1,11).

La aplicación del estándar de oro a todas las pacientes en riesgo resultaría un proceso extremadamente caro y en la mayoría de los casos innecesario. En estos casos se recurre a pruebas diagnósticas que permitan al clínico establecer con la mayor probabilidad posible el estado de salud de los pacientes ^(5,6,7). Es necesario -por tanto- emplear pruebas de tamizaje para detectar pacientes con mayor probabilidad de presentar la enfermedad (en este caso depresión perinatal).

Para ser herramientas útiles de tamizaje, los instrumentos deben ser capaces de identificar con exactitud y confiabilidad la enfermedad en la población objetivo, también deben descartar con exactitud las personas que no tienen la enfermedad ^(9,6).

Dos de las medidas más empleadas para medir la exactitud de una prueba son la sensibilidad y especificidad ^(9,6,7), es decir :

- Sensibilidad: Proporción de personas realmente enfermas que son identificados como tales por la prueba⁽⁷⁾
- Especificidad: Proporción de personas realmente no enfermas que fueron identificados como tales por la prueba ⁽⁷⁾

LA ESCALA DE DEPRESION PERINATAL DE EDINBURGH COMO PRUEBA DE TAMIZ.

El tamizaje para enfermedades que complican el embarazo es un procedimiento rutinario en obstetricia. Dado que la depresión materna ocurre con igual o mayor frecuencia que la diabetes gestacional o la hipertensión inducida por el embarazo ⁽¹⁸⁾, incluir el tamizaje para depresión perinatal en la práctica obstétrica es un paso lógico.

Tophil et al. ⁽¹⁹⁾ sugieren el empleo de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* para tamizaje en busca de depresión perinatal, describiendo a 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”.

Con un punto de corte de 12, reportan una sensibilidad de 88% y especificidad de 92.5% además de un valor predictivo positivo del 56.8%, además de citar un estudio australiano conducido por Boyce y cols. en 1993 que reporta sensibilidad de 100% y especificidad de 95.5% con el mismo punto de corte.

Un meta-análisis que presenta el ARHQ ⁽⁹⁾. Incluyó 23 estudios que cumplieran los criterios de inclusión, estos estudios fueron conducidos en USA, UK, Canadá, Australia, China, Japón, Alemania, Suecia, Francia, España y Noruega.

En total incluye 1007 mujeres, y se utilizaron las siguientes pruebas de tamizaje:

- *“Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh”*
- *Beck Depression Inventory*
- *Postpartum Depression Screening Scale*
- *Center for Epidemiological Studies Depression Scale.*

Por su parte, los estándares de referencia fueron:

- *The Research Diagnostic Criteria (RDC).*
- *Diagnostic a Statistical Manual of Mental Disease (DSM III).*
- *Bedford Collage Checklist, o the International Classification of Diseases (ICD).*

La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* fue el instrumento más utilizado, aplicado a 1573 pacientes en 18 de los 23 estudios. Demostró tener la mejor sensibilidad seguido por el *Inventario de Beck*. Sus propiedades se estimaron según el punto corte empleado: Con el punto de corte en 13, produjo una sensibilidad de 0.54 (95% CI 0.39 – 0.70) y especificidad. 0.91 (95% CI 0.88 – 0.94): Con el punto de corte en 10, produjo una sensibilidad de 0.68% (95% CI 0.58 – 0.78), pero no fue posible calcular la especificidad. Tomando en cuenta todos los puntos de corte la especificidad va de 0.79 (Punto de corte 12) a 0.96 (Punto de corte 15). La sensibilidad 0.72 a 0.95 ⁽⁹⁾.

Lartigue y colaboradores ⁽¹⁴⁾, citan un conjunto de estudios de validación de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*, entre los que destaca: Eberhard-Gran et al.

Con un meta-análisis de 18 estudios realizados entre 1987 – 2000, reportando una sensibilidad de 0.65 y una especificidad de 0.49 con diferentes puntos de corte que van de 8 a 13.

En el año 2000 Ortega, Lartigue y Figueroa validan la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* para la población del Instituto Nacional de Perinatología, reportando buena consistencia interna y confirmando la validez de constructo y confiabilidad de su versión en español.

En 2004 se lleva a cabo un nuevo estudio en el INPEr buscando la calibración del punto de corte de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* en busca del punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad ⁽¹⁰⁾. Entre sus resultados determinaron que con un punto de corte de 14 se alcanzaban valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad siendo éste el punto de mejor equilibrio entre ambas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La depresión es uno de los problemas mas importantes de salud mental en México; por ello el programa de acción de Salud mental de la Secretaría de Salud lo considera como un problema prioritario; la prevalencia de por vida es de 10% en las mujeres y de 5.2% en los hombres -proporción dos a uno-. En la Encuesta Nacional de Vigilancia Epidemiológica Psiquiátrica llevada a cabo en 1999, se encontró en una muestra de 1309 mujeres una prevalencia de depresión (cualquier trastorno afectivo alguna vez en la vida) de 11.2%. En el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE los trastornos del estado de ánimo ocupan el primer lugar en la atención psiquiátrica, de los cuales la depresión mayor ocupa el primer lugar de los cuadros afectivos hospitalizados, al igual que ocurre en pacientes ambulatorios. ⁽⁸⁾

Se ha demostrado que la depresión materna es uno de los factores de mayor riesgo para el desarrollo emocional de los hijos y su impacto específico varía según la etapa o etapas del desarrollo en las cuales el bebé o niño estuvo expuesto. ⁽⁸⁾

Dado que para intervenir oportunamente es necesario diagnosticar oportunamente consideramos necesario el proporcionar al profesional de salud, especialmente gineco – obstetras, herramientas más prácticas y útiles para el diagnóstico oportuno de dicha condición.

El estudio propuesto pretende determinar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* como prueba de tamiz para identificar población en riesgo de sufrir “Depresión Perinatal” comparando sus resultados con las evaluaciones realizadas en el

Departamento de Investigación Psicosocial como “estándar de oro” en el diagnóstico de depresión perinatal.

JUSTIFICACION.

El Instituto Nacional de Perinatología forma parte del Sistema Nacional de Salud, es una institución de tercer nivel de atención médica, descentralizada que opera de forma autónoma. Está dedicada, fundamentalmente, a la investigación y a la docencia en todo lo que se refiere a la salud reproductiva, se le identifica como una institución especializada en la atención de embarazos de alto riesgo, se caracteriza por atender a mujeres sin seguridad social y cuyas parejas o ellas mismas no tienen un empleo fijo, por lo que es un común denominador la asistencia a personas con severas desventajas sociales y económicas, aún cuando algunas de ellas posean escolaridad de nivel profesional.

Pocas instituciones cuentan, como el INPer, con los recursos y el personal necesario para ofrecer atención integral a la paciente gestante. Según *The Safe Motherhood Group* y *la Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), la prevalencia estimada para depresión mayor se encuentra en rangos de 3.1 a 4.9 % en diferentes etapas del embarazo.

Del 1.0 - 5.9 % durante el primer año posparto. Para depresión mayor y menor la prevalencia estimada es de 8.5 - 11.0 % durante el embarazo y entre 6.5 - 12.9 % en el primer año posparto.

En el año 2004 se determinó una prevalencia de 21.7 % depresión perinatal en pacientes del Instituto Nacional de Perinatología, prácticamente el doble de las estimaciones publicadas por el estudio antes citado de ARHQ.

El contar con una herramienta válida para predecir población de riesgo para presentar “depresión perinatal” permitiría disminuir dichas tasas y lograr intervención oportuna.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Objetivo General:

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 con embarazo de entre 24 y 34 semanas.

Objetivos Específicos:

- Determinar la sensibilidad 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 con embarazo de entre 24 y 34 semanas.

- Conocer la especificidad 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 con embarazo de entre 24 y 34 semanas.

- Identificar los valores predictivos 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 con embarazo de entre 24 y 34 semanas.

HIPOTESIS.

La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* tiene la sensibilidad, especificidad y valores predictivos necesarios para identificar depresión perinatal en pacientes que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología con embarazo de entre 24 y 34 semanas de manera válida y segura.

HIPOTESIS NULA.

La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* no tiene la sensibilidad, especificidad y valores predictivos necesarios para identificar depresión perinatal en pacientes que acuden a la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología con embarazo de entre 24 y 34 semanas de manera válida y segura.

CAPITULO 2. MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

TIPO DE INVESTIGACION: NO EXPERIMENTAL.
TIPO DE DISEÑO: ESTUDIO TRANSVERSAL.
CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO: DESCRIPTIVO. ANALITICO.
OBSERVACIONAL

LUGAR Y DURACION.

El estudio tuvo una duración de un año, del 2 DE ENERO de 2006 al 29 DICIEMBRE, 2006 y se realizó en la consulta externa y el Departamento de Investigación Psicosocial del INPer.

UNIVERSO.

Pacientes que asisten a control prenatal en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología.

MUESTRA.

Número de pacientes que asisten a la consulta externa de control prenatal del Instituto Nacional de Perinatología y que voluntariamente y libremente accedan a responder La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* y acudan al Departamento de Investigación Psicosocial del INPer para la entrevista con el equipo de psicología.

Casos positivos: 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 Edinburgh*.

Casos negativos: 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 Edinburgh*.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Criterios de inclusión:

- Pacientes en control prenatal en la consulta externa del Instituto Nacional de Perinatología.
- Pacientes que cursen embarazo de 24 a 34 semanas de gestación.
- Pacientes que acepten ser parte del estudio previa firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de psicosis
- Pacientes con diagnóstico de síndrome orgánico cerebral.
- Pacientes que consuman antidepresivos.
- Pacientes en psicoterapia.
- Pacientes no acepten ser parte del estudio.

Criterios de eliminación:

- Paciente que abandonen el estudio.
- Pacientes a las que se diagnostique psicosis o síndrome orgánico cerebral durante la ejecución del estudio.
- Error en el llenado del instrumento.

VARIABLES EN ESTUDIO.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	UNIDAD DE MEDICION
Depresión perinatal.	Uno o más episodios depresivos de al menos 2 semanas de duración y con cuatro síntomas depresivos detectados durante el embarazo o el primer año de vida.	Cualitativa Nominal	Hallazgos durante entrevista clínica aplicada en el Departamento de Investigación Psicosocial INPer.

VARIABLE DEPENDIENTE: Puntaje en la a *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	UNIDAD DE
----------	------------	------	-----------

			MEDICION
Resultado obtenido en la “Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh”	Caso: Igual o mayor a 14 puntos en la escala. Control: Menos de 14 puntos en la escala.	Cuantitativa Discreta	Puntaje obtenido en la “Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh”

RECOLECCION DE DATOS.

- 1.) Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS), diseñada por Cox, Holden y Sagovsky (1987) validada para la población del INPer por Ortega et al. (2001).⁽⁴⁾
- 2.) Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica diseñada por (First et al., 1997).
- 3.) Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI), de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000).

La evaluación diagnóstica psicológica, se realizará de manera gratuita para las pacientes, gastos cubiertos por el Departamento de Investigación Psicosocial del Instituto Nacional de Perinatología, con el apoyo económico del CONACYT; (PRONABES) y de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. con el proyecto SEP-2003-CO243690/A-1 otorgado a la Dra. Teresa Lartigue.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se calculó la sensibilidad y especificidad de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* en una tabla de 2x2 confrontado los casos positivos y casos negativos con los obtenidos por las pruebas realizadas en el Departamento de Investigación Psicosocial como “estándar de oro” en base a los cuales se calcularon sus valores predictivos.

INSTRUMENTOS.

ESCALA DE DEPRESION PERINATAL DE EDINBURGH (DE COX, HOLDEN Y SAGOVSKY)

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 post parto

recomendándose el nombre de Escala de Depresión Perinatal por el de Escala de Depresión Perinatal.^(4,18)

El instrumento consiste de 10 preguntas que exploran los síntomas comunes de un episodio o trastorno depresivo. Cada pregunta se califica en un rango de 0 a 3 puntos, e acuerdo con la severidad o duración; requiere únicamente 5 minutos para ser respondida.

En el año 2000 la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* se valida para población mexicana con un estudio realizado en el INPer⁽⁴⁾.

En el año 2004 Tophil et al. sugieren el empleo de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* para tamizaje en busca de depresión perinatal, describiendo a 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”⁽¹⁸⁾.

En 2004 se lleva a cabo un nuevo estudio en el INPer buscando la calibración del punto de corte de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* en busca de el punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad⁽¹⁰⁾. Entre sus resultados determinaron que con un punto de corte de 14 se alcanzaban valores de 0.74 para la sensibilidad y 0.83 para la especificidad siendo éste el punto de mejor equilibrio entre ambas.

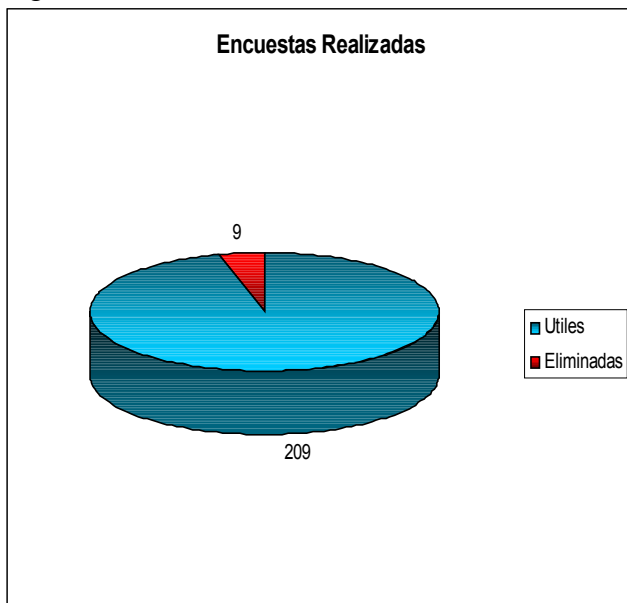
En conclusión, se trata de un instrumento ampliamente utilizado, validado para la patología que busca detectar y para el grupo al cual se dirige, validado para población mexicana y con estudios realizados en el INPer que corroboran su validez e incluso determinan el punto de corte de mayor equilibrio.

(Se anexa un ejemplar de la escala al final del documento).

CAPITULO 3. RESULTADOS

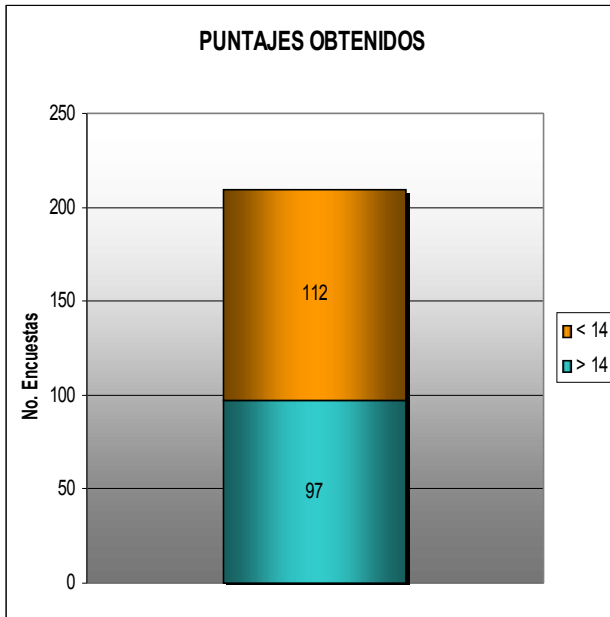
- En el lapso de tiempo establecido para el estudio se aplicaron 218 ejemplares de la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*.

Figura 1.



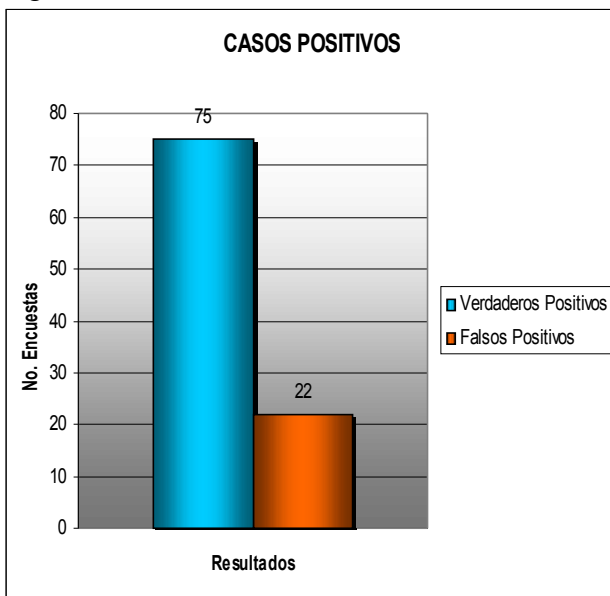
- Del total de cuestionarios obtenidos, se eliminaron 9 por errores en su llenado o fallas en su aplicación (ver figura 1).
- Finalmente 209 forman parte del análisis estadístico de la prueba, los cuales se distribuyen de la siguiente manera (ver figura 2):
- 97 sujetos, que equivalen al 46%, obtuvieron 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.

Figura 2.



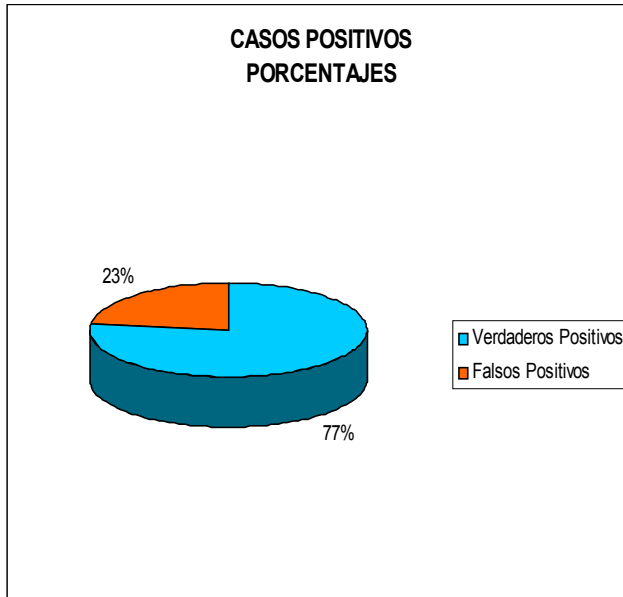
- A su vez, los casos positivos pueden sub-clasificarse en: falsos positivos y verdaderos positivos.

Figura 3.



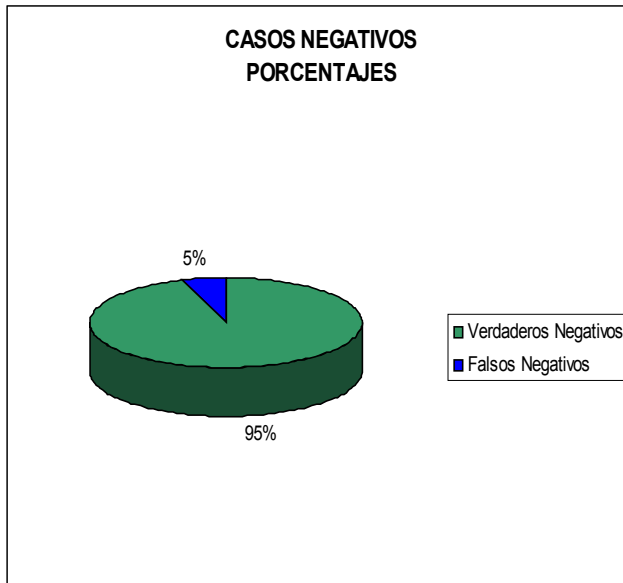
- Los “*falsos positivos*” son aquellos casos que obtuvieron 14 o más puntos en el cuestionario pero no se corroboraron como casos de depresión al ser valorados por el equipo de psicólogos del Instituto. En este caso el 11% del total de sujetos (22 casos) se resultaron ser falsos positivos, que son 23% de los positivos.

Figura 4



- 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. (ver figura 3 y 4).

Figura 5



- Entre los 112 casos negativos, encontramos 106 casos (50%), que equivale al 95% de los casos negativos "verdaderos negativos", es decir pacientes con puntajes menores de 14 y sin diagnóstico final de depresión. 3% o sea, 6 sujetos, (5% del total de negativos), como "falsos negativos", con puntajes menores de 14 y con diagnóstico de depresión (ver figura 5 y 6).

Figura 6

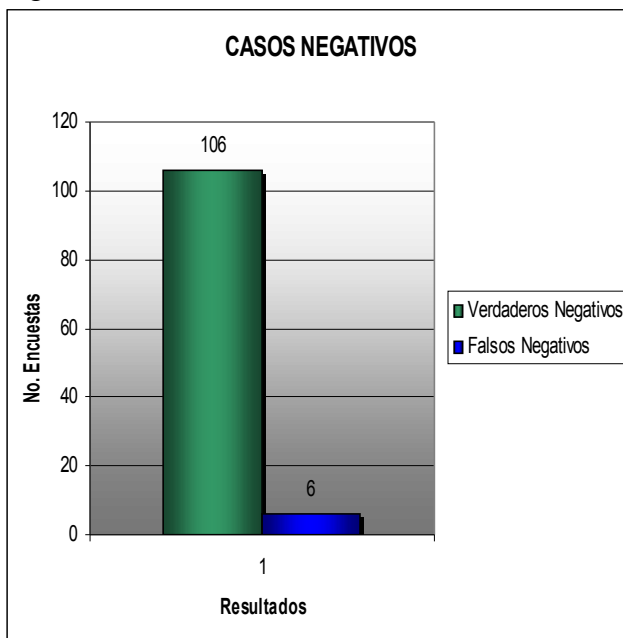


Figura 7

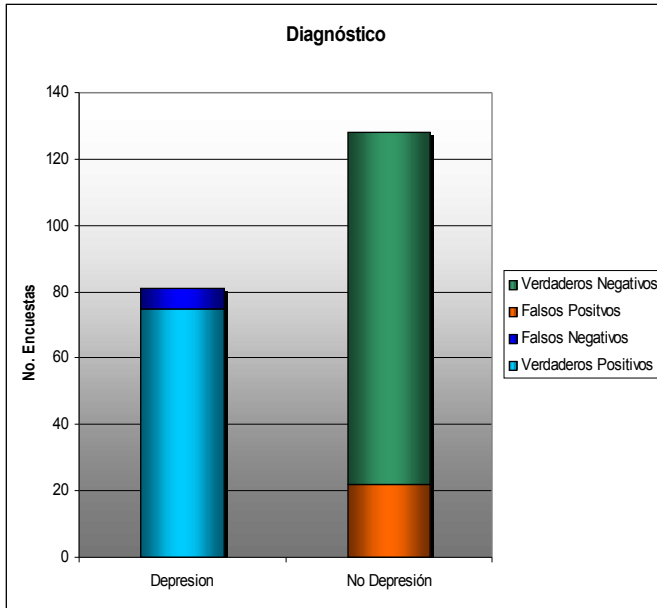
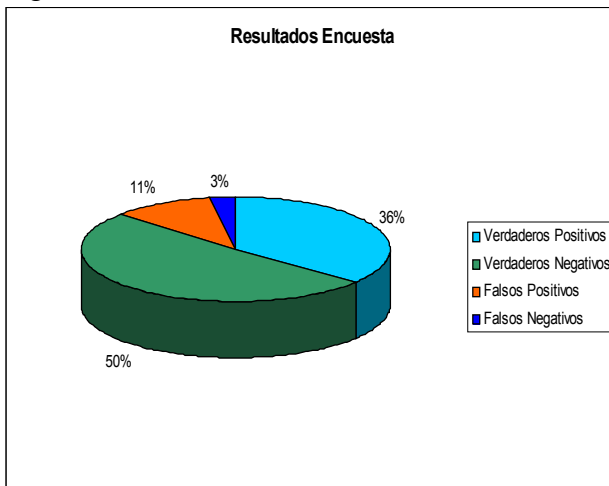


Figura 8



- Las categorías diagnósticas en que se distribuyeron a los pacientes en los que se diagnosticó depresión fueron:

- Depresión clínica: Riesgo de suicidio leve.
- Depresión clínica: Riesgo de suicidio moderado.
- Depresión clínica: Riesgo de suicidio grave.
- Episodio depresivo mayor actual.
- Episodio depresivo mayor recurrente.
- Distimia

Los sujetos que resultaron estar cursando con depresión se clasificaron como “verdaderos positivos” fueron 75 (36%) y “falsos negativos” 6 (3%) como lo ilustra la figura 5, y se distribuyen en las siguientes categorías diagnósticas:

Figura 9

CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS	FALSOS NEGATIVOS	VERDADEROS POSITIVOS
DEPRESIÓN CLÍNICA: RIESGO DE SUICIDIO LEVE.		5 casos
DEPRESIÓN CLÍNICA: RIESGO DE SUICIDIO MODERADO.	1 caso	
DEPRESIÓN CLÍNICA: RIESGO DE SUICIDIO ALTO.	1 caso	2 casos
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL.	4 casos	62 casos
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE.		3 casos
DISTIMIA		3 casos
TOTAL	6 casos	75 casos

Finalmente la tabla de 2x2 queda configurada de la siguiente manera:

	PATOLOGIA		
	ENFERMOS	SANOS	
POSITIVOS	VP (a)	FP (b)	POSITIVOS a+b
NEGATIVOS	FN (c)	VN (d)	NEGATIVOS c+d
	Total enfermos a+c	Total sanos b+d	Total:

	DEPRESION PERINATAL		
	ENFERMOS	SANOS	
POSITIVOS	75	22	POSITIVOS 97
NEGATIVOS	6	106	NEGATIVOS 112
	Total enfermos 81	Total sanos 128	Total: 209

CAPITULO 4. DISCUSIÓN.

Las pruebas diagnósticas son aquellas que apuntan inequívocamente a la enfermedad, el concepto no se restringe a exámenes de laboratorio y gabinete, sino también a la presencia de signos y síntomas de una enfermedad⁽⁵⁾.

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.

Las condiciones que deben ser exigidas a una prueba son⁽⁷⁾:

VALIDEZ^(6,7) O EXACTITUD⁽⁵⁾

Es el grado en que una prueba mide lo que se supone que debe medir. ¿Con que frecuencia el resultado de la prueba es confirmado por procedimientos diagnósticos más complejos y rigurosos? Esta medida es útil para resultados dicotómicos que clasifican a los pacientes como positivo o negativo.

La sensibilidad y la especificidad de una prueba son medidas de su validez.

- Sensibilidad: Proporción de personas realmente enfermas que son identificados como tales por la prueba⁽⁷⁾
- Especificidad: Proporción de personas realmente no enfermas que fueron identificados como tales por la prueba⁽⁷⁾

Definen la exactitud de una prueba independientemente de la prevalencia de la enfermedad.⁽⁵⁾

SEGURIDAD⁽⁷⁾

La seguridad viene determinada por el valor predictivo de un resultado positivo o negativo. ¿Con que seguridad una prueba predecirá la presencia o ausencia de enfermedad? Ante un resultado positivo de una prueba ¿qué probabilidad existe de que este resultado indique presencia de la enfermedad?

Está muy influenciada por la prevalencia de la patología. La seguridad de una prueba se calcula mediante sus valores predictivos.

- Valor predictivo: Es la probabilidad de que el resultado de la prueba corresponda al estado del paciente. Su interpretación depende de la prevalencia de la enfermedad en la población, por eso no se pueden usar para comparar dos pruebas diferentes⁽⁷⁾.
- Curvas ROC: Expresión gráfica de distintos valores de especificidad y sensibilidad, se aplica en casos en que no contamos con resultados expresados de forma dicotómica de negativo/positivo, razón por la que no se aplican en el presente estudio. ^(6,7)
- Razones de Verosimilitud: razón de probabilidad, o cociente de probabilidades. Miden cuánto más probable es un resultado concreto (positivo o negativo) según la presencia o ausencia de enfermedad. Son utilizados como índices a la hora de comparar dos métodos diagnósticos diferentes y extrapolar los resultados de otros estudios a datos propios ⁽⁷⁾.

De acuerdo con los objetivos y finalidad del presente estudio, se calcularán la sensibilidad de la prueba, su especificidad y valores predictivos positivo y negativo.

Sensibilidad de la ESCALA DE DEPRESION PERINATAL DE EDINBURGH para la detección de pacientes con depresión perinatal

Como ya se mencionó, la “sensibilidad” de una prueba expresa la capacidad que ésta tiene para detectar como enfermos individuos que realmente presentan la condición o enfermedad que se evalúa.

Se obtiene en base a la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Verdaderos positivos} + \text{Falsos negativos}}$$

En el caso del presente estudio, los datos correspondientes son:

$$\frac{75}{75 + 6}$$

Aplicando la fórmula obtenemos un resultado de 0.9 el cual expresa una **SENSIBILIDAD DEL 90%**. Es decir, 90 de cada 100 pacientes con depresión perinatal serán correctamente detectadas como positivo por la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*.

Especificidad de la ESCALA DE DEPRESION PERINATAL DE EDINBURGH para la detección de pacientes con depresión perinatal.

Como ya se mencionó, la “especificidad” de una prueba expresa la capacidad que ésta tiene para detectar como sanos a individuos que realmente no presentan la condición o enfermedad que se evalúa.

Se obtiene en base a la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Falsos positivos} + \text{Verdaderos negativos}}$$

En el caso del presente estudio, los datos correspondientes son:

$$\frac{106}{22 + 106}$$

Aplicando la fórmula obtenemos un resultado de 0.82 el cual expresa una **ESPECIFICIDAD DEL 82%**. Es decir, 82 de cada 100 pacientes sin depresión perinatal serán correctamente detectadas como negativo por la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh*.

Si asumimos que el riesgo de un falso negativo en la prueba es peor que un falso positivo ya que el primero se vería privado de una intervención que sí necesita, resulta más importante la sensibilidad que la especificidad ⁽⁹⁾.

Los conceptos de sensibilidad y especificidad permiten, por lo tanto, valorar la validez de una prueba diagnóstica. Sin embargo, carecen de utilidad en la práctica clínica. Tanto la sensibilidad como la especificidad proporcionan información acerca de la probabilidad de obtener un resultado concreto (positivo o negativo) en función de la verdadera condición del enfermo con respecto a la enfermedad. Sin embargo, cuando a un paciente se le realiza alguna prueba, el médico carece de información previa acerca de su verdadero diagnóstico y más bien la pregunta se plantea en sentido contrario: ante un resultado positivo (negativo) en la prueba, ¿cuál es la probabilidad de que el paciente esté realmente enfermo (sano)? Los valores predictivos completan la información en este sentido.

Valor predictivo de la ESCALA DE DEPRESION PERINATAL DE EDINBURGH para la detección de pacientes con depresión perinatal.

Como ya se mencionó, el valor predictivo de una prueba es la probabilidad de que el resultado de la prueba corresponda al estado del paciente.

Se obtiene en base a la siguiente fórmula:

Valor predictivo positivo:

$$\frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Verdaderos positivos} + \text{Falsos positivos}}$$

En el caso del presente estudio, los datos correspondientes son:

$$\frac{75}{75 + 22}$$

Aplicando la fórmula obtenemos un resultado de 0.77 el cual expresa un **valor predictivo positivo de 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:

$$\frac{\text{Verdaderos negativos}}{\text{Falsos negativos} + \text{Verdaderos negativos}}$$

En el caso del presente estudio, los datos correspondientes son:

Aplicando la fórmula obtenemos un resultado de 0.94 el cual expresa un **valor predictivo negativo de 94%**. Es decir, 94 de cada 100 pacientes que resultaron “negativo” en la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* no presentaran depresión perinatal.

INFLUENCIA DE LA PREVALENCIA.

Según Fernández y Díaz ⁽⁷⁾ los valores de sensibilidad y especificidad definen completamente la validez de la prueba diagnóstica, independientemente de cuál sea la prevalencia de la enfermedad en la población a la cual se aplica, pero no proporcionan información relevante a la hora de tomar una decisión clínica ante un determinado resultado de la prueba.

Los valores predictivos, son de utilidad a la hora de tomar decisiones clínicas y transmitir a los pacientes información sobre su diagnóstico.

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 Edinburgh* es un instrumento **seguro y válido** para ser utilizado como tamiz en detección de trastornos depresivos en la población del INPer.

CONCLUSIONES.

- Los trastornos del estado de ánimo, son una importante causa de incapacidad y aislamiento, cuya incidencia alcanza el 17% en estudios previamente citados y se encuentra en franca tendencia al ascenso.
- El grupo de mayor riesgo lo constituyen las mujeres en edad reproductiva.
- El embarazo y la maternidad incrementa el riesgo de episodios depresivos, los cuales pueden tener consecuencias devastadoras en el periodo perinatal.
- La depresión perinatal puede incluir episodios depresivos mayores y menores tanto durante el embarazo como en el primer año posterior a la resolución del embarazo.
- Una práctica integral de la obstetricia debe poner mucho énfasis en éste desorden ya que muchas de las manifestaciones emocionales propias del embarazo y puerperio pueden enmascarar las manifestaciones de un episodio depresivo.
- En la obstetricia actual, especialmente la obstetricia de alto riesgo, la paciente debe tener acceso a un equipo multidisciplinario de profesionales entre los que es fundamental la participación de profesionales en psicología o psiquiatría.
- La depresión perinatal no detectada y por lo tanto no tratada se asocia a múltiples efectos nocivos sobre la interacción madre – hijo y sobre los patrones de cuidado postnatal, traduciéndose –como se establecido en estudios previos ⁽⁸⁾– en importantes desventajas para el desarrollo físico, fisiológico y emocional de los hijos de estas madres.
- 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.

- La *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* es un instrumento diseñado específicamente para evaluar sintomatología depresiva durante el periodo que comprende el embarazo y post parto.
- Es un instrumento que por su aplicación rápida y corrección sencilla no interfiere de manera significativa en la consulta prenatal regular.
- La escala fue validada para población del INPer el año 1997 y en 2004 también en población del INPer se calibra el punto de corte en 14 busca del punto de mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.
- 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.
- El INPer cuenta con un Departamento de Psicología organizado y con el personal y recursos necesarios para brindar atención integral a sus pacientes, que incluya problemáticas como la depresión perinatal u otras condiciones que son resultado o se relacionan con el proceso reproductivo.
- Como conclusión final, considero que la *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh* debe ser incluida en la entrevista de primera vez y las pacientes que obtengan 14 o más puntos deberán ser canalizadas al departamento de psicología de forma rutinaria.

De esta manera con un instrumento sencillo y el empleo mínimo de recursos adicionales se lograría un **verdadero impacto** en la calidad de vida y desarrollo tanto de la futura madre como del recién nacido.

CAPITULO 5. APÉNDICES

Apéndice 1.

RECONOCIMIENTO

**ESTE REPORTE DE INVESTIGACIÓN FORMA PARTE DEL
INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN:**

**“DEPRESIÓN MATERNA. SU EFECTO EN LAS INTERACCIONES
MADRE-HIJO/A EN EL PRIMER AÑO DE VIDA”.**

**REALIZADA CON EL APOYO ECONÓMICO DEL CONACYT SEP-
2003-CO243690/A-1; (PRONABES) Y POR EL INSTITUTO
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA 212250-50091, Y DE LA
ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA MEXICANA, A.C.**

OTORGADO A LA DRA. TERESA LARTIGUE.

Apéndice 2.

ESCALA DE DEPRESIÓN PERINATAL DE EDINBURGH



ESCALA PERINATAL DE EDINBURGH DE COX, HOLDEN Y SAGOVSKY

Nombre: _____ **Expediente:** _____

Folio: _____ **Fecha:** _____ **Edad**
Gestacional: _____

INSTRUCCIONES:

Por favor marque con una **X** las respuestas que más se acercan a como se ha sentido los últimos quince días. Recuerde que no es solo hoy, sino los pasados quince días (las últimas dos semanas).

Ejemplo:

- Me he sentido feliz
- Si todo el tiempo
 - Si, la mayor parte del tiempo
 - No, no muy a menudo
 - No, nunca

1. He podido reírme y ver el lado chistoso de las cosas: <input type="radio"/> Tanto como siempre lo he hecho <input type="radio"/> No tanto en comparación a como siempre lo he hecho <input type="radio"/> Definitivamente no tanto ahora <input type="radio"/> De ninguna manera
2. He anticipado las cosas con gusto: <input type="radio"/> Tanto como siempre lo he hecho <input type="radio"/> Algo menos de como siempre lo he hecho <input type="radio"/> Definitivamente menos de cómo siempre lo he hecho <input type="radio"/> Casi nada
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal: <input type="radio"/> Si, casi todo el tiempo <input type="radio"/> Casi no <input type="radio"/> Si, algunas veces <input type="radio"/> Si, muchas veces
4. Me he sentido angustiado/a preocupado/a sin ninguna razón: <input type="radio"/> No, definitivamente <input type="radio"/> Casi no <input type="radio"/> Si, algunas veces <input type="radio"/> Si, muchas veces
5. Me he sentido asustado/a o con bastante miedo sin ninguna razón: <input type="radio"/> Si, bastante <input type="radio"/> Si, algunas veces <input type="radio"/> No, no mucho

<input type="radio"/> No, nunca
6. Las cosas me han rebasado (están fuera de mi control): <input type="radio"/> Si, la mayor parte de las veces no las he sobrellevado tan bien como siempre. <input type="radio"/> Si, algunas veces no las he sobrellevado tan bien como siempre. <input type="radio"/> No, la mayor parte del tiempo lo he sobrellevado bastante bien <input type="radio"/> No, lo he sobrellevado tan bien como siempre.
7. He estado tan infeliz que he tenido problemas al dormir: <input type="radio"/> Si, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Si, a veces <input type="radio"/> No muy a menudo <input type="radio"/> No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciado <input type="radio"/> Si, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Si, a veces <input type="radio"/> No muy a menudo <input type="radio"/> No, nunca
9. Me he sentido tan triste que he llorado: <input type="radio"/> Si, la mayor parte del tiempo <input type="radio"/> Si, bastante seguido <input type="radio"/> Solo ocasionalmente <input type="radio"/> No, nunca
10. He pensado en hacerme daño: <input type="radio"/> Si, muy a menudo <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Casi nunca <input type="radio"/> Nunca

Observaciones. _____

_____.

Nombre de quien aplico la encuesta: _____

F1 **F2** **TOTAL**

Apéndice 3.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Departamento de Epidemiología Reproductiva del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) y la Asociación Psicoanalítica Mexicana están interesados en hacer investigaciones que permitan comprender mejor algunas de las situaciones que pueden poner en riesgo la salud física y mental de las futuras madres y el desarrollo neuropsicológico de las y los bebés, como por ejemplo el malestar emocional y la depresión. Comprender mejor estas situaciones puede ayudarnos a dar información a otras mujeres para tratar de evitarlas. Para poder entender mejor y ayudar a prevenir, es importante conocer las opiniones y experiencias de personas que viven en esta situación. En ningún momento se juzga a nadie por su forma de pensar o de actuar ya que se trata de un trabajo científico que busca comprender diversas conductas para tratar de ayudar a las personas.

Es por esto que este estudio abarca un diagnóstico psicológico que tienen la ventaja que le permitirá conocer su estado general de salud mental de manera gratuita, y en caso de encontrarse algún problema, se le brindarán ocho sesiones de psicoterapia breve sin costo alguno para usted durante la gestación; o bien, se le canalizará a algún centro especializado en salud mental para su tratamiento.

Procedimiento primera fase

Si está usted de acuerdo en participar en el estudio, le pediremos responda un cuestionario de 10 preguntas que se le aplicara en el área de consulta externa del INPer.

Procedimiento segunda fase

En caso de resultar seleccionada se le solicitará asista a una o dos citas en la torre de investigación, cada sesión será de 60 minutos aproximadamente. Este trabajo se llevará a cabo por personal calificado y entrenado que le pedirá que conteste algunos cuestionarios con preguntas generales sobre usted, sobre su estado de ánimo y de salud.

Tendrá también entrevistas con personal calificado y entrenado con amplia experiencia, en las que se tratarán temas similares a los de los cuestionarios, pero de manera más amplia. Es posible que estas sesiones sean grabadas en audio. Es importante aclararle que por ningún motivo se entregará el cassette a ninguna persona ajena al equipo de trabajo que usted conocerá. Toda la información tanto psicológica como médica se manejará confidencialmente y por tanto no implica un riesgo a su privacidad. En caso de que usted acepte recibir psicoterapia breve, se le brindará en la misma torre; si al terminar el estudio (o nacer el bebé), usted desea continuar el tratamiento psicológico, se

le canalizará a la institución que mejor le convenga asegurando que usted sea recibido(a) en dicha institución. Asimismo se le proporcionará un directorio de centros especializados en Salud Mental.

Tiene usted la libertad de decidir SI participa o NO en el estudio y puede decidir retirarse de la investigación en el momento que lo desee, sólo se le pide que les avise a los investigadores. Si decide no participar o retirarse de estudio, su decisión no afectará en ningún momento su atención presente o futura en el INPer. Cabe señalar que antes de cada procedimiento, se le proporcionarán de nueva cuenta las indicaciones sobre el mismo; en cada oportunidad usted puede preguntar o comentar sus dudas e inquietudes o preocupaciones al respecto.

Si tiene cualquier duda en cualquier momento de la investigación puede contactar a los investigadores: Dr Manuel Oquendo Cortez o Dra. Teresa Lartigue, Mtra. Itzel González.

Teléfono **5520-9900 Ext. 486, 129, 522** entre las 9:00 y las 14:00 horas de lunes a viernes.

Al firmar la presente carta yo acepto que se me han explicado adecuadamente los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos mínimos del proyecto. Firmo en duplicad la carta para que lo conserven las investigadoras y yo conservo un original que contiene toda esta información.

CAPITULO 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales. 4ta Ed. 1994.
2. Zandio, M. Ferrín M., Cuesta MJ. Neurobiology of depression. *Biol Psychiatry* 2000; 1-19.
3. Benson, Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. Aspectos psicológicos de la Obstetricia y Ginecología. 1984 p. 1055-1059
4. Ortega, L. Lartigue, T. Figueroa, M.E. Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20
5. Tapia Couyer, R. Metodología epidemiológica. Ed Intersistemas 2004; I; (1). 1-57
6. Molinero, L.M. Valoración de pruebas diagnósticas. ASEH. Octubre 2002. www.seh-lelha.org/stat1.htm
7. Pita Fernandez, S. Pértegas Díaz, S. Pruebas diagnósticas. *Cad Aten Primaria* 2003; 10:120-124
8. Lartigue. T, Gonzales. I, Vazquez. M, Schnaas. L, Ibarra, P. Flores, Q. et al. (2003) 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.
9. *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*
10. Espíndola JG, Morales F, Mota C, Díaz E, Meza P, Rodríguez L. Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 179-186
11. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica. ed.8 Williams & Wilkins. Madrid. España 2001.
12. Hernandez Sampieri, R. Fernández Collado, C. Baptista Loza, P. Metodología de la investigación 3ª edición Mc Graw Hill ;2004 p 113-130
13. Berlanga Cisneros, C. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en la práctica médica Asociación Psiquiátrica Mexicana. P 4-16 1992-1993
14. Lartigue. T, Casanova. Ortiz. J, Aranda. C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 73-90
15. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (Suppl. 418) 51-56.

16. Smallwood S, Jamieson D, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:899-902
17. Campbell SB, Cohn JF, Prevalence y correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychology*. 1991;100(4):594-599
18. Thoppil J, Riutcel T, Nalesnik. Early Intervention for Perinatal Depression. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; (192) 1446-8.
19. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales F, Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 2006; 29: 55-62.
20. Stephen Matthey Detection and treatment of postnatal depression (perinatal depression or anxiety). *Current Opinion in Psychiatry* 2004, 17:21–29