

Alfonso Gutierrez-Zotes¹
 David Gallardo-Pujol²
 Javier Labad³
 Rocío Martín-Santos⁴⁻⁵
 Luisa García-Esteve⁴
 Estel Gelabert⁵⁻⁶
 Manuel Jover⁷
 Roser Guillamat⁸
 Fermín Mayoral⁹
 Isolde Gornemann⁹
 Francesca Canellas¹⁰
 Mónica Gratacós¹¹
 Miriam Guitart⁹
 Miguel Roca¹²
 Javier Costas¹³
 Jose Luis Ivorra⁷
 Ricard Navinés⁴⁻⁵
 Yolanda de Diego¹⁴
 Elisabet Vilella¹
 Julio Sanjuan⁷

Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

- ¹ Hospital Universitari Institut Pere Mata, IISPV, Universitat Rovira i Virgili. CIBERSAM. Reus, España
² Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona, Institut de Neurociències, Universitat de Barcelona
³ Departamento de Salud Mental, Parc Taulí Hospital Universitario, Instituto de Investigación Sanitaria Parc Taulí (I3PT), Universidad Autónoma de Barcelona. CIBERSAM. Sabadell, España
⁴ Departamento de Psiquiatría, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM y Departamento de Psicología Clínica, Universidad de Barcelona, Barcelona, España
⁵ Programa de Neurociencias, IMIM-Parc de Salut Mar, Universidad Autónoma de Barcelona, RTA, Barcelona, España
⁶ Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España
⁷ Hospital Clínic, Universidad de Valencia, CIBERSAM, Valencia, España
⁸ Consorcio Sanitario de Tarrasa, Barcelona, España
⁹ UGC Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga, España
¹⁰ Hospital de Son Dureta, Palma de Mallorca, España
¹¹ Centro de Regulación Genómica (CRG) y UPF, Barcelona, España, Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España
¹² Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut, RedIAPP, Palma de Mallorca, España
¹³ Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS) Servizo Galego de Saúde (SERGAS), Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS). España
¹⁴ Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Universitario Regional de Málaga. UGC Salud Mental, España

Introducción. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es considerada el *gold standard* para el cribado de depresión postparto. Aunque la versión española ha sido ampliamente utilizada, su estructura factorial no ha sido todavía analizada.

Metodología. Un total de 1.204 mujeres completaron la EPDS a las 32 semanas del parto. Para evitar pruebas múltiples dividimos la muestra en dos mitades de 602 participantes. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación oblimin con la primera sub-muestra. Posteriormente, con la segunda de las muestras se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) mediante la estimación *Weighted Least Squares Means and Variance* (WLSMV). Se exploraron diferentes soluciones entre dos y cuatro factores. Comparamos los factores en dos grupos de participantes con depresión y sin depresión (evaluados con la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS) para el DSM-IV).

Resultados. El AFE mostró un modelo de tres factores compuesto por ansiedad, depresión y anhedonia. Los resultados del AFC confirmaron el modelo de tres factores ($\chi^2=99,203$, $p<0,001$; RMSEA=0,06, 90% CI=0,04/0,07, CFI=0,87 y TLI=0,82). Mujeres con depresión a las 32 semanas tuvieron puntuaciones más elevadas en ansiedad, depresión y anhedonia ($p<0,001$).

Conclusiones. Primer estudio de análisis confirmatorio de la versión española de la EPDS, en una amplia muestra de mujeres sin tratamiento psiquiátrico durante el embarazo. Un modelo de tres factores compuesto por ansiedad, depresión y anhedonia ha sido obtenido. Mujeres con depresión tuvieron una mayor puntuación en las tres dimensiones de la EPDS.

Palabras clave: Postparto, Depresión, Anhedonia, Ansiedad, Análisis Factorial

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(5):174-82

Factor Structure of the Spanish Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale

Introduction. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is considered the gold standard in screening for postpartum depression. Although the Spanish version has been widely used, its factorial structure has not yet been studied.

Methods. A total of 1,204 women completed the EPDS 32 weeks after delivery. To avoid multiple testing, we split the sample into two halves, randomly drawing two subsamples of 602 participants each. We conducted exploratory factor analysis (EFA), followed by an oblimin rotation with the first sub-sample. Confirmatory factor analysis (CFA) was conducted using a Weighted Least Squares Means and Variance (WLSMV) estimation of the data. We explored different solutions between two and four factors. We compared the factors between two groups with depression and non-depression (evaluated with the Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) for the DSM-IV).

Correspondencia:
 Alfonso Gutiérrez-Zotes
 Clínica Psiquiátrica Universitaria – Departamento de Investigación
 Hospital Universitari Institut Pere Mata
 Ctra. De l'Institut Pere Mata s/n
 43206 Reus, Spain
 Tel.: 977338565
 Fax: 977310021
 Correo electrónico: gutierrez@peremata.com

Results. The EFA indicated a three-factor model consisting of anxiety, depression and anhedonia. The results of the CFA confirmed the three-factor model ($\chi^2=99.203$, $p<0.001$; RMSEA=0.06, 90% CI=0.04/0.07, CFI=0.87 and TLI=0.82). Women with depression in the first 32 weeks obtained higher scores for anxiety, depression and anhedonia dimensions ($p<0.001$).

Conclusions. This is the first study of confirmatory analysis with the Spanish version of EPDS in a large sample of women without psychiatric care during pregnancy. A three-factor model consisting of anxiety, depression and anhedonia was used. Women with depression had a higher score in the three dimensions of the EPDS.

Keywords: Postpartum, Depression, Anhedonia, Anxiety, Factorial Analysis

INTRODUCCIÓN

La transición a la maternidad puede implicar que algunas madres se sientan inseguras y muestren síntomas de estrés y ansiedad. Se considera que el porcentaje de madres con estrés emocional o depresión postparto oscila entre el 10 y el 15%¹⁻³. En nuestro medio, un estudio multicéntrico realizado en España, muestra que la prevalencia de síntomas significativos de depresión fue del 15,5% cuando fue registrado a las 8 semanas del parto y del 12,7% a las 32 semanas⁴.

Los trastornos de ansiedad, con o sin depresión, son habituales en el postparto⁵⁻⁷. La depresión, pero también la ansiedad en el embarazo, representan dos de los factores de riesgo más importantes de depresión postparto⁸⁻¹¹, siendo más probable una manifestación de los rasgos de ansiedad en la depresión postparto que cuando la mujer sufre una depresión en otros momentos de su vida¹². Por su parte, en una amplia muestra compuesta por 8.323 mujeres, el 18,4% de las participantes con trastorno de ansiedad fueron también diagnosticadas de trastorno depresivo, y un 33,9% de las mujeres que padecían depresión tenían un trastorno de ansiedad¹³. Otro estudio encontró que, entre los meses sexto y noveno después del parto, un 8,5% de las mujeres mostraron, ocasionalmente o a menudo, ansiedad intensa o ataques de pánico¹⁴. En este sentido, varios estudios sugieren que los trastornos de ansiedad son al menos tan disruptivos como la depresión y posiblemente más prevalentes^{5,6,8,9,15}. Recientemente ha sido demostrado, mediante un modelo de ecuación estructural en una muestra de mujeres en España, la contribución de la ansiedad en los síntomas depresivos tras el parto, cuando son evaluados con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)¹⁶.

Se han estudiado varios factores de riesgo en el desarrollo de la depresión postparto. Así, se ha registrado la influencia de variables biológicas tales como las hormonas reproductivas¹⁷ o las alteraciones genéticas¹⁸. Como factores sociales y psicológicos de riesgo han sido hallados como significativos los antecedentes de enfermedad psiquiátrica en la familia¹⁹, y en relación a la madre, la historia psiquiátrica previa^{1,10,11,19}, el rasgo de neuroticismo²⁰, el estilo de atribución cognitivo²¹, los acontecimientos vitales estresantes^{1,22}, el estrés vital percibido¹⁰, el apoyo social limitado^{23,24}, las estrategias de afrontamiento^{4,16} o la baja autoestima²⁴. En este sentido, desde un modelo biopsicosocial, se ha hallado que la asociación entre los factores de riesgo biológicos y la depresión estarían parcialmente mediadas por la relación entre la depresión y la ansiedad²⁵.

Algunos autores consideran que los trastornos de ansiedad estarían habitualmente incluidos dentro de los diagnósticos de depresión postparto^{5,26}, por lo que la ansiedad y la depresión deberían ser valoradas durante el periodo perinatal²⁷. En este sentido, ha sido propuesto el término "trastorno del ánimo postnatal" (*postnatal mood disorder*) en vez de depresión postparto⁵. Los hallazgos previos sugieren la necesidad de distinguir la depresión y la ansiedad postparto.

En la actualidad se considera la EPDS²⁸ el *gold standard* para la detección de síntomas depresivos en el postparto. El análisis factorial de los ítems de la EPDS realizado en una gran variedad de muestras, en diferentes países y culturas, ha mostrado varias soluciones factoriales^{6,29-44}. Varios estudios han obtenido una solución de tres factores: síntomas depresivos o depresivos no específicos (ítems 7, 8, 9 y 10), factor de anhedonia (ítems 1 y 2) y síntomas de ansiedad (ítems 3, 4 y 5)^{36,43}. Estos resultados implican que la obtención de una dimensión de ansiedad, mediante ítems de una escala diseñada para valorar síntomas depresivos, plantea problemas de validez de constructo para la EPDS. La utilización de la EPDS como un *gold standard* de depresión postparto podría estar minimizando la importancia de los síntomas de ansiedad postparto. Varios estudios^{32,35} han encontrado que la sub-escala o factor de ansiedad de la EPDS es robusto y con correlaciones con otras medidas de ansiedad, como el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo⁴⁵. De hecho, los ítems 3, 4 y 5 de la EPDS, que han sido frecuentemente replicados en un factor de ansiedad, y que constituyen una escala llamada EPDS-3, pueden ser utilizados para el cribado de ansiedad mediante un punto de corte de 6 o superior³⁷. Otro estudio ha concluido que la sub-escala de ansiedad de la EPDS podría ser una herramienta fiable y válida para el cribado de ansiedad, en una amplia muestra de mujeres en el periodo antenatal, con punto de corte de 4 o superior⁴². Este punto de corte de la escala de ansiedad ha sido obtenido para identificar mujeres con trastornos de ansiedad (comórbida con depresión o cuando la ansiedad se manifiesta sin otro trastorno)³⁹.

Hasta la fecha no ha sido realizado el análisis de la estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Determinar las dimensiones de la EPDS ayudará a una mejor comprensión de la sintomatología depresiva tras el parto, permitiendo la obtención de puntuaciones más específicas de otras dimensiones como la ansiedad.

Por tanto, este estudio tiene tres objetivos: 1) examinar la estructura factorial de la versión española de la EPDS mediante un análisis factorial exploratorio (AFE); 2) testar la adecuación de la solución identificada utilizando un análisis factorial confirmatorio (AFC) y analizar los valores de fiabilidad de los factores; y 3) obtener los estadísticos descriptivos y analizar las diferencias en las puntuaciones de los factores de la EPDS entre el grupo con depresión y sin depresión, a las 32 semanas del parto.

METODOLOGÍA

Procedimiento

La muestra forma parte de un estudio multicéntrico realizado en siete hospitales del estado español¹⁸. Todas las participantes fueron evaluadas en tres ocasiones en el contexto de un estudio más amplio. La primera valoración se realizó a los 2-3 días después del nacimiento del bebé. Las otras evaluaciones se hicieron a las 8 y 32 semanas del parto. El reclutamiento fue realizado, mediante muestreo consecutivo, en los departamentos de obstetricia cuando las participantes fueron ingresadas para el nacimiento de su hijo. Todas las mujeres fueron evaluadas en todas las ocasiones "cara a cara", por especialistas en salud mental (psiquiatra o psicólogo), con un entrenamiento previo en las escalas para asegurar la adecuada aplicación de los instrumentos y el consenso entre grupos. Dado que nuestro estudio valora la depresión postparto, varios criterios de exclusión fueron considerados para evitar la inclusión de mujeres con presencia de trastorno psiquiátrico durante el embarazo que pudieran sesgar el registro de sintomatología depresiva originada en el postparto. En concreto, fue criterio de exclusión las mujeres con tratamiento psiquiátrico durante el embarazo. Del mismo modo se excluyeron del estudio aquellas mujeres en las que el bebé murió tras el parto, dada la condición traumática de esta circunstancia. Igualmente, se excluyeron aquellas mujeres con presencia de dificultades de lenguaje o analfabetismo cultural que impidieran no responder a los cuestionarios o rechazo a completar las visitas de seguimiento.

En relación a la variable edad, fue criterio de exclusión, únicamente, ser menor de edad. Todas las participantes fueron españolas y de origen caucásico. El proyecto de estudio

obtuvo la aprobación bioética en todas las instituciones participantes y todas las mujeres firmaron un consentimiento informado. Del mismo modo, todos los procedimientos se ajustaron a la Declaración de Helsinki.

En la primera visita se recogieron las variables socio-demográficas (edad, estado civil y económico y situación laboral) y obstétricas, así como otras variables relacionadas con la personalidad. Sintomatología del estado de ánimo fue registrada durante las tres visitas. En el presente trabajo hemos analizado las respuestas de la EPDS a las 32 semanas del parto. El criterio de la detección de la sintomatología depresiva postparto difiere entre estudios o incluso entre categorías de criterios diagnósticos. El marco temporal más habitualmente utilizado por los estudios de investigación para especificar el comienzo de la sintomatología oscila de los 3 meses⁴⁶ hasta los 12 meses después del parto⁴⁷, aunque otros estudios registran la sintomatología depresiva incluso antes de los tres meses^{48,49}. La decisión de programar las tres visitas fue considerada para poder incluir un marco temporal que cubriera el comienzo más temprano y más tardío de los episodios depresivos. En este sentido, para el presente estudio hemos optado por analizar los datos con las puntuaciones a las 32 semanas ya que, al haber transcurrido más tiempo desde el parto, estimamos reflejan mejor la probable presencia de sintomatología depresiva.

Para asegurar un diagnóstico preciso utilizamos dos procedimientos de evaluación, uno de cribado y otro de diagnóstico de la depresión. Para la valoración de la sintomatología depresiva utilizamos la escala de Edimburgo que permite la obtención de una puntuación dimensional de la sintomatología depresiva. Posteriormente, las mujeres que han obtenido una puntuación de 9 o superior, fueron entrevistadas para determinar si cumplían criterios de depresión para el DSM-IV mediante la versión española de la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS)⁵⁰. Posteriormente, y una vez determinados los factores de la EPDS, comparamos si había diferencias en las dimensiones entre el grupo con depresión y sin depresión.

Participantes

En este estudio, 1.204 mujeres completaron la EPDS a las 32 semanas. La muestra tuvo una media de edad de 32,12 años (DE=4,4). La mayoría de las mujeres (97,1%) estaban casadas o tenían una pareja estable. El 94,2% estaban viviendo con sus familias. Más de dos tercios de la muestra (69%) estaban empleadas en el momento de la evaluación, y un 47,6% eran primíparas. El 26,4% de las participantes tienen estudios primarios, el 42,8% secundarios y el 30,6% universitarios. El 18,8% tuvieron algún problema médico durante el embarazo y el 34,1% de la muestra padecieron

complicaciones. La puntuación media de la EPDS fue de 4,3 (DE=4,6) a las 32 semanas del parto.

Evaluación clínica

- 1) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)²⁸, versión española⁵¹. Esta escala evalúa síntomas depresivos, es auto-aplicada y consta de 10 ítems con cuatro respuestas posibles y un rango de puntuación total de 0 a 30.
- 2) Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS) para el DSM-IV⁵⁰, adaptada para la depresión postparto con la finalidad de obtener un diagnóstico clínico de depresión mayor. Es una entrevista estructurada para los trastornos psiquiátricos desarrollado en 1994 por el Instituto Nacional de Salud Mental (*National Institute of Mental Health*, NIMH) para estudios genéticos. Con capacidad polidiagnóstica, permite la evaluación detallada del curso de la enfermedad, la cronología y comorbilidad.

Análisis estadísticos

Se ha realizado un análisis factorial exploratorio (AFE) y, posteriormente, un análisis factorial confirmatorio (AFC). Para evitar pruebas múltiples, dividimos la muestra en dos mitades, aleatorizando en dos submuestras de 602 participantes en cada una de ellas. Realizamos un AFE con posterior rotación oblimin a la primera muestra. Basado en investigación previa, exploramos diferentes soluciones entre dos y cuatro factores. El AFE fue realizado en R 3.3.0 y *psych package*. AFC fue realizado mediante la estimación *Weighted Least Squares Means and Variance* (WLSMV) para datos vía R 3.3.0 y *lavaan package*. La bondad de ajuste fue valorada con los índices habituales⁵²: χ^2 , índice de ajuste comparativo (CFI), índice Tucker y Lewis (TLI), *root mean squared error of approximation* (RMSEA), *root mean square residual* (RMSR), y *Bayesian information criteria* (BIC) utilizando los niveles críticos convencionales⁵³. Con propósitos de identificación, las varianzas del factor latente fueron fijadas en 1. Para los análisis univariados se analizaron los datos mediante la *t* de Student para comparar factores entre grupos (mujeres con y sin depresión posparto evaluadas con la DIGS) y χ^2 para comparar los grupos en las variables demográficas. El nivel de significación fue establecido en $p < 0,05$.

RESULTADOS

La prevalencia de síntomas depresivos según la EPDS fue de 12,5% a las 32 semanas del parto. La prevalencia de de-

presión mayor de acuerdo a la entrevista DIGS fue del 8,6% a las 32 semanas.

En cuanto al análisis factorial, exploramos las diferentes soluciones entre dos y cuatro factores. Basados en la interpretación de los factores y los diferentes índices, un estructura de tres factores es la que mejor replicó los datos (Tabla 1). BIC fue el más bajo para una solución de tres factores (BIC=-59,36), mientras que RMSEA y RMSR fueron adecuados (0,06 y 0,03). TLI mostró un excelente ajuste (0,96). El gráfico de sedimentación indicó una solución de tres facto-

Tabla 1	Bondad de ajuste para los modelos de la EPDS			
	RMSEA	RMSR	TLI	BIC
Dos factores	0,108	0,04	0,876	38,7
Tres factores	0,06	0,03	0,962	-59,36
Cuatro factores	0,033	0,01	0,989	-52,47

Tabla 2	Análisis de factores de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)		
	FI	F II	F III
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	-0,03	0,01	0,88
2. He mirado las cosas con ilusión	0,06	0,00	0,80
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal	0,04	0,58	0,09
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo	-0,03	0,79	-0,05
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo	0,02	0,71	-0,01
6. Las cosas me han agobiado	0,09	0,43	0,19
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	0,54	0,05	0,10
8. Me he sentido triste o desgraciada	0,75	0,02	0,12
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	0,92	-0,01	-0,07
10. He tenido pensamientos de hacerme daño	0,16	0,11	0,27

En negrita los pesos factoriales más elevados de cada ítem en el factor

res acotando el 55% de la varianza. El primer factor explicó el 19% de la varianza total incluyendo los ítems 7, 8 y 9 (Tabla 2). Un segundo factor compuesto por los ítems 3,4,5 y 6 explicó el 18%. El tercer factor explicó el 18% de la varianza con los ítems 1, 2 y 10. Excepto el ítem 10, con una correlación con su factor de 0,27, todos los ítems tuvieron un coeficiente de correlación más alto que 0,40. Para replicar la estructura factorial del AFE, testamos el ajuste de un modelo

de tres factores mediante AFC. El valor chi-cuadrado para el modelo fue de 99,203, con 32 grados de libertad ($p < 0,001$). RMSEA fue de 0,06 (90% CI=0,04/0,07). CFI y TLI fueron de 0,87 y 0,82, respectivamente. Todos los índices indicaron un ajuste relativo justo. La figura 1 muestra los pesos factoriales estandarizados en cada factor. La correlación entre los factores de ansiedad y depresión fue de 0,76, entre depresión y anhedonia de 0,87, y entre anhedonia y ansiedad de 0,69. El

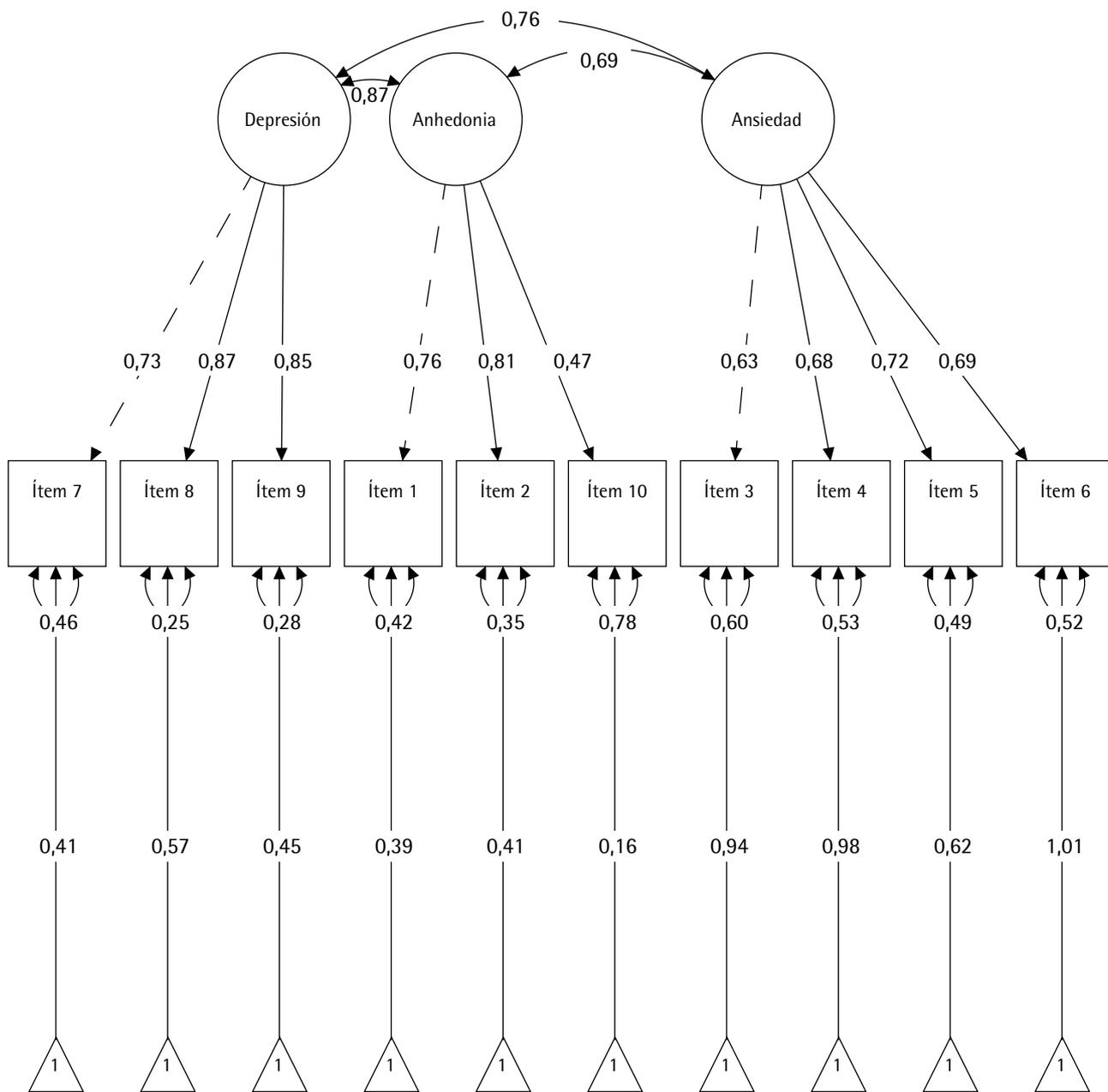


Figura 1

Modelo de tres dimensiones de escala EPDS con pesos factoriales estandarizados en cada factor

alfa de Cronbach para los 10 ítems de la escala EPDS fue de 0,86. La fiabilidad para los ítems 7, 8 y 9 fue de 0,84, para los ítems 1, 2 y 10 fue de 0,72 y para los ítems 3, 4, 5 y 6 de 0,77.

Cuando dividimos la muestra en dos grupos según los resultados de la entrevista DIGS, mujeres con depresión mayor tuvieron una media (\pm DE) de edad de 31,98 (\pm 5,03) años, mientras que las mujeres sin depresión tuvieron una media de 32,14 (\pm 4,38) años. Los dos grupos fueron similares en cuanto a la edad, nivel educativo, tipo de convivencia y presencia de complicaciones o de problema médico durante el embarazo. Hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la situación laboral durante el embarazo, (con un porcentaje del 71,1% activas, 10,8% en el paro, 8,2% estudiante/hogar y 9,9% de baja en el grupo de mujeres sin depresión, frente a un 55,4%, 14,4%, 9,4% y 20,9% respectivamente, en el grupo de depresión) y el tipo de estado civil de las mujeres (97,8% casadas, 1,7% en convivencia y 0,5% otro estado, en el grupo de no depresión frente al 93,6%, 4,3% y 2,1% respectivamente, en el grupo de depresión). Los resultados del análisis univariado mostraron que las mujeres con depresión durante las 32 primeras semanas obtuvieron significativamente una mayor puntuación en los tres factores de la EPDS ($p < 0,001$) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio que analiza la estructura factorial de la versión española de la EPDS. Hemos obtenido un modelo de tres factores en una muestra amplia de mujeres evaluadas en el postparto. Dividiendo la muestra en dos mitades hemos demostrado, con AFE y AFC, que un modelo de tres factores es el que mejor ajusta nuestros datos. Los tres factores se agrupan en torno a los ítems 1, 2 y 10 (anhedonia), los ítems 3, 4, 5 y 6 (ansiedad) y, finalmente las preguntas 7, 8 y 9 (depresión). Aunque con alguna variación, una solución de tres factores similar a la obtenida en nuestro estudio ha sido encontrada en otros países^{43,44}. Excluyendo el ítem 10, un factor compuesto de los ítems 1 y 2 ha sido obtenido con varias versiones de la EPDS^{33,38,41}, siendo habitualmente considerado como un factor de anhedonia. Un factor llamado de depresión compuesto por los ítems 7, 8 y 9 semejante al nuestro fue obtenido con la versión japonesa de la EPDS⁴⁴. Una dimensión compuesta con los ítems 3, 4 y 5, entendida como un factor de ansiedad, ha sido delimitada en otros estudios^{6,30,32,35,39,40,43}.

Nuestros resultados han mostrado que todos los ítems correlacionaron con su factor con valores a partir de 0,43, excepto el ítem 10 en el factor de anhedonia con una saturación baja de 0,27. En varios estudios en los que se obtuvo una solución de dos factores, el ítem 10 aparece en el mismo factor que los ítems 1 y 2, entre otros ítems^{30,37,39,40}. Otros estudio que obtienen una solución bifactorial para la

Tabla 3		Diferencias (medias y DE) entre los grupos con depresión y sin depresión mayor en factores EPDS		
Ítems EPDS	Depresión (n=140)	No depresión (n=1064)	p	
3, 4, 5 y 6 - Ansiedad	4,92 (3,18)	2,69 (2,41)	<0,001	
7, 8 y 9 - Depresión	2,88 (2,48)	0,72 (1,41)	<0,001	
1, 2 y 10 - Anhedonia	1,62 (2,01)	0,31 (0,83)	<0,001	

EPDS muestra un factor compuesto de los ítems 1, 2, 8 y 10³⁴. Igualmente, un factor compuesto solo con el ítem 10 ha sido hallado en otros estudios^{6,32,35,41}. Aunque nuestros resultados muestran que el ítem 10 está relacionado con el factor de anhedonia, en otros estudios este ítem está asociado con el contenido de depresión de la EPDS^{30,33,37-41,43}. Así, dado que implica ideación suicida (*He tenido pensamientos de hacerme daño*), este ítem estaría indicando la gravedad de la depresión. La baja correlación del ítem 10 en nuestro estudio, junto con los resultados obtenidos anteriormente, suponen que, dentro del constructo general de la depresión postparto, este criterio de la EPDS es inestable. No obstante, un trabajo reciente que recoge los resultados de un meta-análisis realizado con estudios publicados desde 1965 a 2016 muestra que existe una asociación robusta entre anhedonia e ideación suicida, y que esto es independiente de la sintomatología depresiva⁵⁴. La asociación entre anhedonia e ideación suicida podría ser explicada desde una perspectiva psicológica. En este sentido, las ideas de suicidio han sido consideradas como parte de las estrategias de disfuncionales de evitación experiencial (tendencia a evitar experiencias psicológicas no deseadas)^{55,56}. Por su parte, desde una aproximación neurobiológica, tanto la anhedonia motivacional como el riesgo de suicidio, han sido vinculados con una disminución en la liberación de dopamina en el circuito estriado⁵⁷, lo que llevaría a una alteración en la toma de decisiones y en el procesamiento de la recompensa⁵⁸.

Varios autores han evaluado el constructo de la escala de ansiedad de la EPDS^{32,35,37,39,42,59}. Por ejemplo, un estudio realizado en una muestra de mujeres de la población general encontró que una puntuación de 6 o superior en la escala EPDS-A (ítems 3, 4 y 5) detectaba sintomatología, según los criterios DSM-III-R, en al menos un trastorno de ansiedad, incluyendo trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo³⁷. Sin embargo, otros resultados con la escala de ansiedad y la puntuación total de la EPDS hallaron que las escalas no diferenciaban los trastornos de ansiedad de la depresión, ni se asociaban con ningún diagnóstico de trastorno de ansiedad en particular⁶⁰. Modelos de psicopatología han propuesto que la comorbi-

lidad entre la ansiedad y la depresión podría ser explicada por la emocionalidad negativa común, entendida como la tendencia a experimentar estados emocionales negativos⁶¹. Este modelo implicaría que los síntomas de depresión y la ansiedad no son distintos constructos, sino una manifestación de distrés emocional. Para evaluar este constructo de distrés postparto, definido como síntomas de ansiedad y depresión, se han desarrollado instrumentos como la PDM (*Postpartum Distress Measure*)⁶². Por todo ello, en personas con depresión postparto son necesarios más estudios sobre sintomatología ansiosa. En concreto, sería preciso incorporar un diseño de registro, mediante entrevistas diagnósticas, de la presencia categorial de trastornos de ansiedad. Esta estrategia ayudaría a diferenciar la presencia de ansiedad, como un cuadro clínico en sí mismo, del estrés emocional inespecífico de la madre y, a su vez, de la sintomatología ansiosa asociada al diagnóstico de depresión.

Cuando dividimos nuestra muestra en función del diagnóstico categorial de depresión mayor del DSM-IV según las entrevista DIGS, las mujeres con depresión postparto a las 32 semanas tuvieron una puntuación mayor en las tres dimensiones de anhedonia, ansiedad y depresión. Las tres escalas, con coeficientes de fiabilidad mayores de 0,70 (0,72 a 0,84) están en el rango de "moderado a excelente", lo que implica que las dimensiones podrían ser utilizadas, de forma independiente, como escalas de evaluación.

Nuestro estudio podría tener varios puntos fuertes: 1) este es el primer trabajo que demuestra la estructura factorial de la versión española de la EPDS; 2) los resultados están basados en una muestra grande de mujeres adecuadamente caracterizadas; y 3) La muestra procede de mujeres sin tratamiento psiquiátrico durante el embarazo.

Este estudio tiene varias limitaciones. Hemos excluido aquellas mujeres con asistencia psiquiátrica durante el embarazo. Este criterio de exclusión, motivado para garantizar que los síntomas depresivos tras el parto no se explicaran por otra causa previa al parto, constituye, de hecho, un sesgo de selección y condiciona la generalización de los resultados a otras poblaciones. Otra limitación es la derivada de la alta frecuencia de trastornos de ansiedad, con y sin depresión postparto, y la presencia de comorbilidad entre ambos trastornos habitualmente registrada en otros estudios en el postparto. Nosotros no hemos registrado la presencia de trastornos de ansiedad mediante la DIGS en aquellas mujeres con una puntuación de 9 o superior en la EPDS. Incluir esta evaluación de la ansiedad permitiría una mayor claridad de los resultados en relación al constructo de la escala EPDS. A nivel metodológico este aspecto genera un sesgo de confusión, por lo que, ulteriores estudios deberían evaluar la presencia de los trastornos de ansiedad en relación a la escala EPDS. Otro aspecto a considerar tiene que ver con el registro de los síntomas depresivos. Una evaluación con escalas como

la de depresión de Hamilton o la Montgomery-Asberg (MA-DRS), validadas clínicamente y más utilizadas que la DIGS, podría aumentar la precisión del diagnóstico clínico de los síntomas depresivos. Finalmente, en nuestro estudio no se han valorado algunas variables que podrían influir en la presencia de sintomatología ansiosa/depresiva, tales como, la distocia social, menor acceso a recursos o la pertenencia de las mujeres a hogares desestructurados.

En conclusión, este estudio demuestra que la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) está compuesta de tres factores o dimensiones como anhedonia, depresión y ansiedad. Los tres factores diferencian mujeres con depresión de aquellas sin depresión postparto. Los coeficientes de fiabilidad de los factores en el rango "moderado a excelente" garantizan que la escala pueda ser utilizada en nuestro medio para valorar los diferentes componentes de la depresión postparto.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue financiado por el Instituto Carlos III (becas números P1041635, PI041783, PI041779, PI0411761, PI041791, PI041766 y PI041782), la red de Genotipación y Psiquiatría Genética (G03/184), RTA (RD06/001/1009) y la Generalitat de Catalunya (SGR2009/1435).

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses por parte de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatr*. 1996;8:37–54.
2. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*. 2004 Jan 24;363(9405):303–10.
3. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 2005 Sep;88(1):9–18.
4. Gutiérrez-Zotes A, Labad J, Martín-Santos R, García-Estevé L, Gelabert E, Jover M, et al. Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Jun;19(3):455–61.
5. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139–47.
6. Ross LE, Evans SEG, Sellers EM, Romach MK. Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*. 2003; 6(1):51–7.
7. Brockington IF, Macdonald E, Wainscott G. Anxiety, obsessions and morbid preoccupations in pregnancy and the puerperium. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(5):253–63.
8. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):169–74.
9. Sutter-Dallay AL, Giaccone-Marcesche V, Glatigny-Dallay E,

- Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry*. 2004;19(8):459–63.
10. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275–85.
 11. Josefsson A, Angeliö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002 Feb;99(2):223–8.
 12. Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety*. 2000;11(2):66–72.
 13. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65–73.
 14. Woolhouse H, Brown S, Krastev A, Perlen S, Gunn J. Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Arch Womens Ment Health*. 2009 Apr;12(2):75–83.
 15. Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(1):43–9.
 16. Gutiérrez-Zotes A, Labad J, Martín-Santos R, García-Esteve L, Gelabert E, Jover M, et al. Coping strategies and postpartum depressive symptoms: A structural equation modelling approach. *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):701–8.
 17. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002 Jul 18;347(3):194–9.
 18. Sanjuan J, Martín-Santos R, García-Esteve L, Carot JM, Guíllamat R, Gutiérrez-Zotes A, et al. Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry*. 2008 Nov;193(5):383–8.
 19. Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris-Yatees AD, Harris MG. Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001 Feb;35(1):69–74.
 20. Martín-Santos R, Gelabert E, Subirà S, Gutiérrez-Zotes A, Langorh K, Jover M, et al. Research letter: is neuroticism a risk factor for postpartum depression? *Psychol Med*. 2012 Jul;42(7):1559–65.
 21. Barnett PA, Gotlib IH. Psychosocial functioning and depression: distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychol Bull*. 1988 Jul;104(1):97–126.
 22. O'Hara MW, Rehm LP, Campbell SB. Postpartum depression. A role for social network and life stress variables. *J Nerv Ment Dis*. 1983 Jun;171(6):336–41.
 23. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289–95.
 24. Logsdon MC, Usui W. Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. *West J Nurs Res*. 2001 Oct [cited 2014 Dec 16];23(6):563–74.
 25. Ross LE, Sellers EM, Evans SEG, Romach MK. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(6):457–66.
 26. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry [Internet]*. 2006;67(8):1285–98.
 27. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: An examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. 2009;113(3):303–8.
 28. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150:782–6.
 29. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):89–95.
 30. Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Aust J Public Health*. 1994 Jun;18(2):176–84.
 31. Berle J, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression: Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord*. 2003;76(1–3):151–6.
 32. Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM. Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *J Psychosom Res*. 2001;51(5):659–63.
 33. Chabrol H, Teissedre F. Relation between Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at 2–3 days and 4–6 weeks postpartum. *J Reprod Infant Psychol*. 2004 Feb;22(1):33–9.
 34. Guedeney N FJ. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83–9.
 35. Jomeen J, Martin CR. Confirmation of an occluded anxiety component within the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during early pregnancy. *J Reprod Infant Psychol*. 2005 May;23(2):143–54.
 36. King PAL. Replicability of structural models of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a community sample of postpartum African American women with low socioeconomic status. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(2):77–86.
 37. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2008;25(May 2007):926–31.
 38. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*. 2007;7:11.
 39. Phillips J, Charles M, Sharpe L, Matthey S. Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *J Affect Disord*. 2009;118(1–3):101–12.
 40. Pop VJ, Komproe IH, van Son MJ. Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in The Netherlands. *J Affect Disord*. 1992 Oct;26(2):105–10.
 41. Small R, Lumley J, Yelland J, Brown S. The performance of the Edinburgh postnatal depression scale in English speaking and non-English speaking populations in Australia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(1):70–8.
 42. Swalm D, Brooks J, Doherty D, Nathan E, Jacques A. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):515–22.
 43. Tuohy A, McVey C. Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Clin Psychol*. 2008 Jun;47(Pt 2):153–69.
 44. Kubota C, Okada T, Aleksic B, Nakamura Y, Kunimoto S, Morikawa M, et al. Factor structure of the Japanese version of the Edinburgh postnatal depression scale in the postpartum period. *PLoS One*. 2014;9(8):1–6.
 45. Spielberger CD, Gorsuch R., Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press; 1983.
 46. Yawn BP, Pace W, Wollan PC, Bertram S, Kurland M, Graham

- D, et al. Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depression among postpartum women. *J Am Board Fam Med.* 22(5):483-91.
47. Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch Womens Ment Health.* 2009 Oct;12(5):329-34.
48. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. Best practices: community-based postpartum depression screening: results from the CARE study. *Psychiatr Serv.* 2009 Nov;60(11):1432-4.
49. Goodman JH, Tyer-Viola L. Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health.* 2010 Mar;19(3):477-90.
50. Roca M, Martín-Santos R, Saiz J, Obiols J, Serrano MJ, Torrens M, et al. Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS): inter-rater and test-retest reliability and validity in a Spanish population. *Eur Psychiatry.* 2007 Jan [cited 2014 Feb 4];22(1):44-8.
51. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003 Jun;75(1):71-6.
52. Jackson DL, Gillaspay JA, Purc-Stephenson R. Reporting practices in confirmatory factor analysis: an overview and some recommendations. *Psychol Methods.* 2009 Mar;14(1):6-23.
53. Marsh HW, Wen Z, Hau K-T. Structural equation models of latent interactions: evaluation of alternative estimation strategies and indicator construction. *Psychol Methods.* 2004 Sep;9(3):275-300.
54. Ducasse D, Loas G, Dassa D, Gramaglia C, Zeppegno P, Guillaume S, et al. Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: A meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2018 May;35(5):382-92.
55. Shneidman E. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(3):145-7.
56. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cogn Behav Pract.* 2012 Jan 5;19(2):265-76.
57. Pitchot W, Hansenne M AM. Role of dopamine in non-depressed patients with a history of suicide attempts. *Eur Psychiatry.* 2001;16(7):424-7.
58. Giner L, Blasco-Fontecilla H, De La Vega D, Courtet P. Cognitive, Emotional, Temperament, and Personality Trait Correlates of Suicidal Behavior. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Nov;18(11):102.
59. Stasik-O'Brien SM, McCabe-Beane JE, Segre LS. Using the EPDS to Identify Anxiety in Mothers of Infants on the Neonatal Intensive Care Unit. *Clin Nurs Res.* 2017;105477381774053.
60. Rowe HJ, Fisher JRW, Loh WM. The Edinburgh Postnatal Depression Scale detects but does not distinguish anxiety disorders from depression in mothers of infants. *Arch Womens Ment Health.* 2008 Jun;11(2):103-8.
61. Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychol.* 1998;49:377-412.
62. Allison KC, Wenzel A, Kleiman K, Sarwer DB. Development of a brief measure of postpartum distress. *J Womens Health (Larchmt).* 2011;20(4):617-23.