

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO “POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE” VERSIÓN EN ESPAÑOL EN MUJERES DE ARICA, CHILE

VALIDATION OF THE “POSTPARTUM DEPRESSION SCREENING SCALE” SPANISH VERSION IN WOMEN FROM ARICA, CHILE

ANA MARÍA QUELOPANA*
JANE DIMMITT CHAMPION**

RESUMEN

La depresión postparto (DPP) puede ser difícil de detectar, principalmente porque las madres no informan los síntomas depresivos que pueden estar sintiendo a los profesionales de salud. El objetivo de este estudio fue poner a prueba la versión en Español de la Escala de Depresión Postparto (PDSS) en una población de mujeres de Arica, Chile. El muestreo incluyó una muestra por conveniencia de 179 mujeres con dos o más semanas de postparto que asistieron a Consultorios de Atención Primaria. Se obtuvieron datos sobre características socio-demográficas y reproductivas y se aplicó el PDSS para pesquisar DPP. El 46,4% de las mujeres presentaron síntomas significativos de DPP. “Pensamientos suicidas” y “perdida del yo” fueron los síntomas más mencionados (34,1% y 26,3%, respectivamente). La gran mayoría de las participantes obtuvo un “Índice de inconsistencia de respuesta” bajo; lo que indica que el cuestionario fue entendible. Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad (Alfa de Cronbach) de .96. Seis de las siete dimensiones del PDSS-versión en Español contribuyeron excelentemente a clasificar las participantes con depresión de las sin depresión. La validez de constructo se exploró a través del grado de interrelación entre escalas, encontrándose una alta correlación entre éstas. El análisis de factores reveló ocho componentes en la matriz con varianza explicada de 67,85%. Se concluye que el PDSS-versión en Español obtuvo una adecuada confiabilidad al ser puesto a prueba en esta población. Se recomienda seguir poniendo a prueba este instrumento en mujeres de otras regiones de Chile.

Palabras clave: Depresión postparto, postpartum depression screening scale, validación, Chile.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) can be difficult to detect; mainly because mothers do not report depressive symptoms they may be feeling to health care providers. The objective of this study was to test the Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) Spanish version in a group of women in Arica, Chile. The convenience sample included 179 women with 2 or more weeks postpartum attending Primary Care Clinics. Data on reproductive and sociodemographic characteristics were obtained. The PDSS was utilized for assessment of PPD. Symptoms of postpartum depression was found among 46.4% of the women. “Suicidal thoughts” and “Loss of self” were the most commonly reported symptoms (34.1% and 26.3% respectively). The majority of the participants obtained a low Inconsistent Responding Index, indicating that the scale was understood. A reliability coefficient of .96 was obtained (Cronbach Alpha). Six of the seven dimensions of the PDSS-Spanish Version distinguished between groups by depression status. Construct validity was tested using degree of interrelatedness among the scales, identifying those correlated highly with each other. Factor analysis revealed eight components with explained variance of 67.85%. It is concluded that the PDSS-Spanish Version obtained an adequate reliability in this population. Recommendation is for further assessment of this tool among women in other regions of Chile.

Key words: Postpartum depression, Postpartum Depression Screening Scale, validation, Chile.

Fecha recepción: 06/04/09 Fecha aceptación: 16/11/09

* Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor Asistente, College of Nursing, University of Kentucky. EEUU. Al momento de la investigación docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile. Email: aqu222@uky.edu

** Professor, Nursing School, University of Texas Health Science Center. Email: dimmitt@uthscsa.edu

INTRODUCCIÓN

Se considera que tener un hijo es un evento positivo, sin embargo, se sabe que la maternidad puede representar una época de gran vulnerabilidad para trastornos psiquiátricos, entre los cuales está la depresión postparto (DPP). El Manual Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mentales (DSM-IV-TR) de la American Psychiatric Association (1), define DPP como un “desorden del humor moderado a severo y comparable con un episodio depresivo mayor”. El criterio diagnóstico para una depresión mayor incluye: a) humor depresivo o pérdida de interés y b) al menos cuatro de los siguientes síntomas: problemas de sueño y alimentación, agitación física, fatiga, impedimentos cognitivos, culpabilidad e ideas suicidas (2).

Estudios realizados en Chile han revelado una prevalencia de DPP entre 22 a 32% (3, 4). La DPP se asocia a embarazo en adolescentes, embarazos en mujeres mayores de 35 años, antecedentes personales de cuadros depresivos previos, actitud negativa hacia el embarazo, problemas con la pareja, pobre apoyo del cónyuge durante el postparto y cuadros prenatales de ansiedad (1, 5, 6, 7). Además, se ha establecido evidencia en estudios a nivel nacional e internacional de la relación entre violencia doméstica y DPP (8, 9).

La DPP no sólo produce un cuadro devastador en la mujer que la padece, sino también existe evidencia científica del impacto que produce en el desarrollo cognitivo y emocional temprano del niño (10). Los hijos de madres depresivas tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y, además, desarrollan problemas de adaptación con su entorno (11, 12).

A pesar de la relevancia de pesquisar a tiempo esta patología, se sabe que la DPP puede ser difícil de detectar; principalmente porque las madres no informan los síntomas depresivos que pueden estar sintiendo a los profesionales de salud que están a su cuidado

(13). Beck y Gable desarrollaron un instrumento autoaplicable que mide DPP en una forma corta y fácil, y que informa no sólo la presencia de DPP, sino la severidad y tipo de síntomas depresivos (Postpartum Depression Screening Scale [PDSS])(13). Las mujeres que son identificadas en riesgo por tener síntomas de DPP, son referidas a evaluación especializada para determinar el diagnóstico definitivo. De esta manera, el PDSS sirve como un instrumento de pesquisa rápida a los profesionales que evalúan la salud de la mujer en el periodo postparto, identificando aquella que requiere atención por parte de profesionales de salud mental. El objetivo de este estudio fue poner a prueba la versión en Español de la Escala de Depresión Postparto (14) en una población de mujeres de Arica, Chile.

MARCO DE REFERENCIA

El PDSS fue desarrollado luego de estudios cualitativos utilizando la teoría fundamentada y la fenomenología (15). Es un cuestionario autoaplicable y posee 35 reactivos tipo “likert” con puntajes que van desde uno a cinco; donde uno es “completamente en desacuerdo” y cinco “completamente de acuerdo”. En su aplicación el PDSS entrega un puntaje general de DPP, con puntajes que van de 35 a 175. Los autores del PDSS recomiendan aplicar el cuestionario entre las dos a seis semanas postparto.

Una de las principales ventajas del PDSS es su multidimensionalidad con la cual mide DPP, ofreciendo 7 subescalas: a) trastornos del sueño y alimentación, b) ansiedad/inseguridad, c) inestabilidad emocional, d) confusión mental, e) pérdida del yo, f) culpabilidad/vergüenza y g) pensamientos suicidas. Se ha informado consistencia interna de las subescalas que va desde .77 para “ansiedad/inseguridad” hasta .93 para “pensamientos suicidas”; la consistencia interna de toda la

escala es .95 (16, 17). Otra de las ventajas que se describe para este instrumento es su superioridad en la pesquisa de síntomas de DPP, además de lograr capturar en sus mediciones dimensiones relacionadas a problemas para dormir, ansiedad y disminución en la capacidad cognitiva; los cuales no son medidos por otros instrumentos (16, 18).

Forma corta del PDSS

La forma corta del PDSS no es un instrumento separado, sino que consiste en las primeras siete preguntas del cuestionario original. Puede ser completado en un mínimo de tiempo que va de uno a dos minutos y sirve principalmente para determinar si la mujer necesita o no ser referida a evaluación por especialista.

El cuestionario corto tiene un puntaje que va de 7 a 35 puntos. El puntaje se interpreta en dos rangos: de 7 a 13 puntos representa un ajuste normal, y de 14 a 35 puntos representa síntomas de DPP. Esta forma corta de evaluación no permite identificar los principales síntomas de depresión que pudiera estar sintiendo la paciente (13). Si se desea conocer esa característica es necesario aplicar el cuestionario completo con los 35 reactivos.

Escala de Depresión Postpartum-versión en Español (PDSS-versión en Español)

La versión en Español fue desarrollada por los autores de la versión en Inglés y está basada en la versión original del PDSS (13). Para asegurar equivalencia semántica, el PDSS fue traducido al español usando múltiples métodos. Entre los métodos se incluyó la técnica de "back translation", asesoramientos por un comité ad-hoc, técnica de pre-test y forma alternada de equivalencia (19). Las características psicométricas que se han reportado de la escala fueron logradas en una población de madres hispanas que vivían en Connecticut y Texas, EEUU; con alfas para el PDSS-versión en Español de .95. El alfa re-

portado para las diferentes dimensiones varió en rangos de .76 para "ansiedad/inseguridad", hasta .90 para "pensamientos suicidas" (19). Otro estudio realizado en población latina que vivía en los EEUU reportó confiabilidad interna similar, con alfa para el PDSS-versión en Español total de .95 y alfas para las diferentes dimensiones que van desde .76 (culpabilidad/vergüenza) a .84 (trastornos de sueño/alimentación) (14).

En la guía de interpretación del DPSS los autores refieren el siguiente punto de corte para la escala en Español: ajuste normal con puntajes ≤ 59 ; y síntomas significativos de DPP los puntajes ≥ 60 (14).

MATERIAL Y MÉTODO

El cuestionario PDSS versión en Español fue comprado directamente al distribuidor oficial: Western Psychological Service, Los Angeles, California, EEUU. Este estudio se apegó a la Ley sobre Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma, y prohíbe la Clonación Humana (20) y contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Universidad de Tarapacá y de la Comisión de Ética del Servicio de Salud de Arica.

El muestreo fue no probabilístico e incluyó una muestra por conveniencia de 179 mujeres. Las participantes debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión: tener dos o más semanas de postparto; haber tenido un parto de término con hijo vivo; y estar en control en alguno de los tres Consultorios de Atención Primaria de la ciudad de Arica, Chile durante los meses de septiembre 2007 a marzo 2008.

Las participantes fueron abordadas en la sala de espera, se les explicó los objetivos del estudio y se les consultó si deseaban participar voluntariamente. A través de éste procedimiento el 99% de las mujeres elegibles aceptó participar. Para asegurar la tranqui-

lidad y confidencialidad de las respuestas, la participante fue llevada a una sala especialmente habilitada para realizar la entrevista; se le leyó el consentimiento informado y se le pidió que lo firmara. Las mujeres fueron entrevistadas para obtener información sobre características sociodemográficas y reproductivas; posteriormente se les dejó a solas para que contestaran el cuestionario autoaplicable PDSS-versión en Español. El tiempo promedio de las entrevistas, incluyendo la aplicación del cuestionario, fue de 17.0 minutos (*DE* 3.7). Las participantes que obtuvieron puntajes que acusaban síntomas significativos de DPP fueron referidas a Salud Mental en el Consultorio de Atención Primaria que les correspondía para su apropiado manejo.

La confiabilidad del PDSS-versión en Español se calculó a través de la intercorrelación entre los ítemes relacionados y la consistencia interna con el Alfa de Cronbach. La validez de constructo se exploró a través del grado de interrelación entre escalas. Se realizó análisis factorial exploratorio con el fin de identificar si los grupos o conglomerados de variables relacionadas en el cuestionario original mantenían las dimensiones mostradas por los autores. Se recurrió al método de extracción con análisis de componentes principales (factores principales o ejes principales). Se obtuvo una matriz de factores sin rotar usándose como punto de corte para la extracción de factores Valores Característicos (eigenvalues) mayores de 1.00; se utilizó supresión de valores absolutos inferiores a .40.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados a través del paquete computacional SPSS V.17 (Statistical Package for the Social Science). Se utilizó estadística descriptiva para observar las características de las participantes. Se calculó el Index de Inconsistencia de respuesta (Index INC); el cual identifica aquellas participantes que presentan discrepancias en sus respuestas ya sea por falta de concentración o dificultad en seguir las instrucciones (13).

RESULTADOS

De las características sociodemográficas de las participantes se destaca que el 88% tenía más de 18 años y sólo el 25% mencionó ser casada. En relación al nivel educacional, el 50% tenía educación media completa y el 18% educación técnico-profesional. Del total del grupo el 80% no trabajaba fuera del hogar y el 52% refirió vivir con 5 o menos personas en el hogar. Los ingresos económicos mensuales fueron ≤ \$150.000 pesos chilenos en el 45% del grupo. El 41 % eran primíparas (Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas y reproductivas de las participantes (n = 179).

Característica	f	%
Edad		
- ≤ 18 años	22	12
- ≥ 19 años	157	88
Estado civil		
- Casada	44	25
- Conviviente	70	39
- Soltera	65	36

Continuación Tabla 1.

Educación		
- Básica completa	58	32
- Media completa	89	50
- Superior	32	18
Trabaja fuera de casa		
- Si	36	20
- No	143	80
Personas en el hogar		
- ≤ 5 personas	94	52
- ≥ 6 personas	85	48
Ingresos mensuales		
- ≤ \$150.000	81	45
- > \$150.000 – \$500.000	70	39
- > \$ 500.000	13	7
- No sabe	15	9
Paridad		
- Primípara	73	41
- Multípara	91	51
- Gran multípara	15	8
Tipo de parto		
- Vagina	116	65
- Cesárea	63	35

El total de puntaje del PDSS-versión en Español fue de 35 a 174, con un promedio de 64,41 ($DE \pm 24,98$). Del total del grupo que participó, el 46,4% presentó síntomas significativos de DPP (60 a 175 puntos); y 53,6% obtuvo puntajes que indicaba un ajuste normal al postparto (< 60 puntos). Se calculó el puntaje para la forma corta del PDSS y se

encontró que el 60,3% del grupo presentaba síntomas de DPP. La Tabla 2 muestra el porcentaje de participantes que obtuvieron puntaje mayor al recomendado por dimensión; observándose que los síntomas más reportados fueron "pérdida del yo" (26,3%) y "pensamientos suicidas" (34,1%).

Tabla 2: Frecuencia de síntomas según el PDSS-versión Español (n = 179).

Dimensión	Punto de corte*	Sin síntoma de DPP <i>f</i> (%)	Con síntoma de DPP <i>f</i> (%)
Trastornos del sueño	≥17	157(87.7)	22(12.3)
Ansiedad/Inseguridad	≥15	138(77.1)	41(22.9)
Inestabilidad Emocional	≥16	145(81.0)	34(19.0)
Confusión mental	≥13	147(82.1)	32(17.9)
Pérdida del yo	≥11	132(73.7)	47(26.3)
Culpabilidad/Vergüenza	≥11	141(78.8)	38(21.2)
Pensamientos suicidas	≥6	118(65.9)	61(34.1)
Forma corta PDSS	≥14	71(39.7)	108(60.3)
Total PDSS-versión Español	≥60	96(53.6)	83(46.4)

*Recomendación de punto de corte según Beck & Gable (19).

Para asegurar validez de las respuestas se calculó el INC. El INC es la suma de las diferencias en puntaje en las respuestas de 10 pares de preguntas del cuestionario de carácter muy similar. Los autores recomiendan que en el PDSS-versión en Español el INC debe ser ≤ 4 ; cuando el INC es de 5, se dice que hay una mayor probabilidad que el cuestionario se haya contestado de una manera no consistente. Esta probabilidad aumenta a medida que el INC va aumentando (13, 14). En este estudio el 92,2% (n = 165) de participantes obtuvieron puntaje de INC menor o igual a 4. El 3,9% (n = 7) obtuvo INC 5 y el 3,9% (n = 7) obtuvo un INC > 5.

Debido a que no existen publicaciones de estudios en población chilena usando el

PDSS-versión en Español; se colocó especial cuidado en conocer la confiabilidad del instrumento. El alfa de Cronbach del total del instrumento PDSS-versión en Español fue de .95. Se calculó la intercorrelación entre los ítems relacionados y la consistencia interna con Alfa por dimensión. La Tabla 3 muestra las subescalas con Alfa en rangos de .71 a .86. La gran mayoría de los ítems mostraron una correlación moderada a alta con la dimensión asignada, a excepción de los ítems “Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé” y “Sentía que estaba perdiendo la razón”. Se observa que si estos ítems se retiran, la subescala asignada aumenta el Alfa a .75 y .83 respectivamente.

Tabla 3. Intercorrelación de ítems relacionados y Confiabilidad de las dimensiones PDSS-versión en Español (n = 179).

Dimensión/Ítem	Correlación con dimensión	Alpha si ítem es retirado	Alpha de Dimensión
PDSS-versión Español-TOTAL DEL PUNTAJE			.95
Trastornos del Sueño/Alimentación			.74
Tenía problemas para dormir aunque mi bebé estuviera durmiendo.	.45	.72	
Perdí el apetito.	.45	.72	
Me despertaba en la noche y tenía dificultad en volver a dormirme.	.62	.65	
Me daba vuelta en la cama por largo tiempo, tratando de quedarme dormida.	.62	.65	
Sabía que debía comer pero no podía.	.41	.73	
Ansiedad/Inseguridad			.71
Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé.	.22	.75	
Me sentía totalmente agobiada (harta).	.55	.60	
Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mí misma).	.57	.59	
Me sentía sola.	.58	.59	
Sentía que tenía que seguir moviéndome de un lado a otro.	.40	.66	
Sensibilidad Emocional			.79
Sentía un sube y baja emocional.	.57	.74	
Temía que jamás volvería a ser feliz.	.49	.76	
Lloraba mucho sin razón.	.61	.72	
He estado muy irritable.	.54	.75	
Me sentía llena de rabia (ira) y a punto de explotar.	.61	.73	
Confusión Mental			.82
Sentía que estaba perdiendo la razón.	.49	.83	
No podía concentrarme en nada.	.62	.77	
Pensé que me estaba volviendo loca.	.64	.78	
Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión.	.63	.77	
Tenía dificultad para concentrarme en una tarea.	.71	.74	

Continuación Tabla 3.

Sentirse Perdida			.80
Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes.	.46	.79	
Empecé a desconocerme a mí misma.	.64	.69	
Ya no sabía quién era yo.	.64	.71	
Me sentía como si no fuera una persona normal.	.51	.74	
No me sentía real (auténtica).	.60	.71	
Culpabilidad/Vergüenza			.83
Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser.	.54	.81	
Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo.	.70	.76	
Me sentía culpable por que no podía sentir tanto amor como debiera por mi bebé.	.60	.79	
Sentía que tenía que esconder lo que pensaba/sentía por mi bebé.	.72	.76	
Me sentía un fracaso como madre.	.58	.79	
Pensamientos Suicidas			.86
Llegué a pensar que la muerte parecía ser la única solución.	.72	.81	
Empecé a pensar que estaría mejor muerta.	.65	.83	
Quería hacerme daño.	.64	.83	
Creía que mi bebé estaría mejor sin mí.	.65	.83	
Sentía que lo que quería era dejar este mundo.	.71	.81	

La intercorrelación entre las dimensiones y el total del PDSS-versión en Español fue significativa ($p > .001$). Un peso mayor a .71 es considerado excelente, .63 muy bueno, .55 bueno, .45 límite, y .32 pobre (14). Usando esta guía, seis de las dimensiones contribu-

ieron *excelentemente* a clasificar las participantes que presentaban depresión de las sin depresión. Sólo la dimensión "pensamientos suicidas" tuvo una contribución considerada *muy bueno* ($r=.65$) (Tabla 4).

Tabla 4: Intercorrelación entre las dimensiones del PDSS-versión en Español (n = 179).

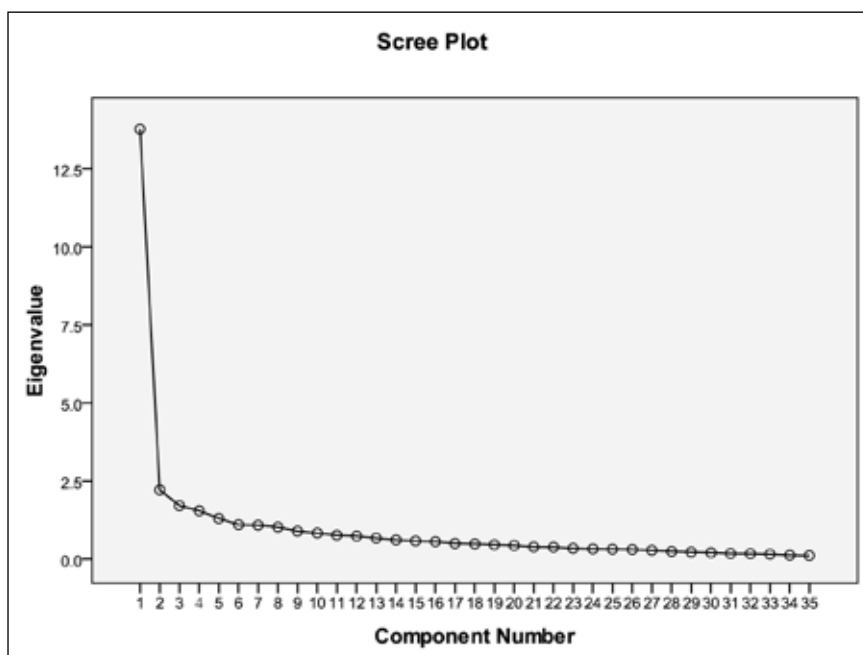
Dimensión	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Trastornos del sueño/alimentación	1.0							
2 Ansiedad/Inseguridad	.59*	1.0						
3 Inestabilidad Emocional	.55*	.76*	1.0					
4 Confusión mental	.48*	.62*	.65*	1.0				
5 Perdida del Yo	.38*	.67*	.66*	.74*	1.0			
6 Culpabilidad/Vergüenza	.42*	.60*	.71*	.69*	.73*	1.0		
7 Pensamientos suicidas	.36*	.49*	.50*	.67*	.66*	.63*	1.0	
8 Forma corta PDSS	.60*	.79*	.75*	.57*	.69*	.67*	.47*	1.0
9 Total PDSS	.73*	.86*	.88*	.82*	.80*	.79*	.65*	.82*

* $p \leq .001$

El análisis de factores con los 35 ítemes reveló ocho componentes en la matriz con una varianza explicada de 67.85%. La Figura 1 muestra el diagrama con el valor característico (eigenvalue) de los factores; observándose que el factor 1 tiene una varianza explicada alta (eigenvalue = 13.77; % varianza explicada = 39.35). Además, se observa que luego

del octavo factor la curva se hace plana, indicando que escasa información adicional se obtiene si se incluyen más factores. El total de los ítemes cargaron (load) en el primer factor con valores absolutos mayores a .40. No fue necesario realizar rotación de los componentes de la matriz para la interpretación de los resultados.

Figura 1: Valores característicos (eigenvalues) de los componentes de la matriz del PDSS-versión en Español.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El grupo de mujeres que participó en este estudio tuvo características relativamente homogéneas. La gran mayoría eran mujeres mayores de 18 años, casadas o convivientes, con educación media terminada y que reportaron ingresos económicos limitados.

A través de la aplicación del instrumento PDSS-versión en Español (14) se observó una prevalencia de 46,4% de síntomas significativos de DPP entre las mujeres que participaron en el estudio. Este valor superó lo reportado por algunos estudios en población chilena (3, 4); sin embargo, se asemeja a los entregado por Póo et al. (9), los que reportan que un 50,7% de la población en estudio en un Centro de Atención del sur del país presentaba síntomas de depresión postparto. Esto reafirma que la DPP es un problema de salud pública relevante y prevalente en todo nuestro país y debe ser atendido por el personal de salud para su diagnóstico temprano

y adecuada intervención.

Uno de los hallazgos relevantes en la aplicación de este instrumento es la variedad de síntomas de depresión que presentaron las participantes. "Pérdida del yo" fue uno de los síntomas más mencionados por este grupo de mujeres. Según Beck y Gable (13) un puntaje elevado en esta dimensión refleja sentimientos de separación o pérdida de contacto con la propia identidad. La mujer tiende a percibir que ha perdido contacto con ella misma; además, puede estar preocupada que nunca se volverá a sentir "normal".

Otro síntoma mencionado por un número importante de participantes fue "pensamientos suicidas". Cualquier puntaje superior a 5 indica que la mujer ha tenido algún tipo de pensamiento negativo o de dañarse a ella misma. Considerando que el suicidio es un tema serio y trágico, los autores recomiendan que toda paciente que obtenga alguno de los ítemes de esta dimensión elevado debiera ser evaluada por un profesional de salud mental para determinar los riesgos

e iniciar las intervenciones necesarias para proteger su integridad física (13).

En este estudio fue importante obtener el INC, ya que nos informa y ayuda a determinar si la participante tiene la habilidad de leer, entender y poner atención cuando está contestando cada pregunta del cuestionario desde el inicio al final de este (13). La gran mayoría del grupo obtuvo un INC adecuado; lo que nos indicaría que las mujeres pusieron atención cuando estaban contestando el cuestionario y podríamos asumir que fue entendible. Sin embargo, un grupo reducido (7,8%) de mujeres obtuvo un $INC \geq 5$. Los autores del PDSS mencionan que esto es una señal de que las respuestas, en este grupo de participantes, no fueron completadas en forma coordinada (13). En algunos casos, esta discrepancia entre los pares de preguntas puede deberse a que éstas no fueron leídas adecuadamente; por eso se recomienda explicar al participante la importancia de concentrarse en la lectura. Además, la participante debe estar tranquila y en un lugar privado para disminuir el riesgo de que se desconcentre durante la aplicación del PDSS. Un puntaje alto del INC no significa que el PDSS sea inválido, sino más bien nos confirma que hay falla en la habilidad de entender y/o concentración en la persona que contestó el test. En estos casos se recomienda utilizar otros métodos para pesquisar DPP (13).

El coeficiente de confiabilidad de todo el PDSS-versión en Español fue de .96, lo que indica que mantiene una congruencia interna. Polit y Hungler (21) explican que si el investigador sólo está interesado en hacer comparaciones de grupos, es deseable obtener coeficientes de .80 o mayores; sin embargo, si las mediciones constituyen la base para tomar decisiones en cuanto a individuos, lo ideal es que el coeficiente de confiabilidad sea de .90 o mayor. La consistencia interna del PDSS-versión en Español en este grupo de participantes se asemeja a la reportada por los autores en un estudio en población latina en EEUU (14, 19).

Los ítemes mostraron una correlación buena a excelente con la dimensión asignada; en la mayoría de los casos retirar un ítem en particular no aumenta el Alfa de la subescala. Sin embargo, el ítem "Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé" en la subescala Ansiedad/Inseguridad mostró una correlación pobre, lo que produce que la confiabilidad aumente si se retira este ítem. El ítem "Sentía que estaba perdiendo la razón" en la subescala Confusión Mental mostró una correlación buena; retirar este ítem aumenta levemente la confiabilidad de la subescala. Es importante considerar, en este estudio, que ambos ítemes favorecieron al excelente coeficiente de confiabilidad del total de la escala, lo que justifica que se mantengan en la distribución propuesta por los autores originales del instrumento.

La validez de constructo es importante para un instrumento como el PDSS. Esta se refiere a la habilidad del instrumento de medir teóricamente la característica psicológica que señala medir (22). Los ítemes del PDSS están agrupados en siete síntomas contenidos en las subescalas. La validez de constructo del PDSS-versión en Español depende en parte del grado de intercorrelación entre las subescalas (13). En este estudio, todas las subescalas intercorrelacionaron alto a moderado. Según Beck y Gable (13) esta alta correlación es típica en muchos instrumentos de medición psicosocial y desordenes emocionales, debido a que teóricamente las mediciones específicas de la escala representan un constructo interrelacionado.

El análisis exploratorio de factor identificó ocho componentes en la matriz. Sin embargo, el total de los ítemes cargaron con valores superiores a .40 en el primer componente, lo que podría interpretarse que en esta población el PDSS-versión en Español se comportó como una escala unidimensional. Sin embargo, se debe ser cauteloso en este tipo de interpretación, ya que la muestra en este estudio es insuficiente para con-

cluir el comportamiento del PDSS-versión en Español. Se ha sugerido que el número de observaciones para realizar análisis de factor debiera ser entre 10 a 20 veces el número de factores (22).

Se concluye que el PDSS-versión en Español obtuvo una adecuada confiabilidad al ser puesto a prueba en esta población. Además, fue rápido y fácil de contestar por las participantes y entregó información relevante en cuanto a síntomas de DPP. El PDSS-versión en Español pesquisó síntomas importantes de DPP en este grupo de mujeres y que sin la aplicación del cuestionario habrían pasado inadvertidos por los profesionales de salud. Goldsmith (23) menciona la importancia que tiene el screening en la pesquisa de DPP y el efecto positivo que causa en la salud y calidad de vida de las mujeres y su infante. Estos son temas que necesitan ser tomados a profundidad en la formación de los profesionales de la salud para poder prepararlos con las habilidades y destrezas requeridas en la pesquisa y derivación de estas pacientes.

Una limitación de este estudio fue el muestreo por conveniencia de las pacientes que asistieron a control a los policlínicos de atención primaria en Arica; por lo tanto, la generalización de los hallazgos está limitada para esta zona geográfica o alguna de características similares. Se recomienda seguir poniendo a prueba el PDSS-versión en Español (14) en otras regiones del país y con una muestra mayor.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision 4th ed. Washignton D.C.: Donelly & Sons Company; 2000.
2. Beck CT, Indman P. The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nurse*. 2005; 34(5):569-76.
3. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E et al. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. 2000; 38(2): 84-93.
4. Pérez R, Sáez K, Alarcón B, Avilés V, Braganza I., Coleman R. Variables posiblemente asociadas a depresión postparto, según escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia de Venezuela*. 2007; 67(3):187-91.
5. Evans G, Vicuña M, Marín R. Depresión postparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2003; 68(6):491-94.
6. Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1998; 27(1): 39-46.
7. Cohen MM, Schei B, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart DE. A history of personal violence and postpartum depression: is there a link? *Archives of Women's Mental Health*. 2002; 4: 83-92.
8. Certain HE, Mueller M, Jagodzinski T, Fleming M. Domestic abuse during the previous year in a sample of postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nurse*. 2008; 37: 35-41.
9. Póo FAM, Espejo SC, Godoy PC, Gualda CM, Hernández OT, Pérez HC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión postparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el sur de Chile. *Rev. Méd. Chile*. 2008; 136(1): 44-52.
10. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: a meta-analysis. *Archive of Psychiatric Nursing*. 1998; 12(1):12-20.
11. Beck CT. Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis.

- Journal of Advanced Nursing. 1999; 29(3): 623-29.
12. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG. 2008; 115: 1043-51.
 13. Beck CT, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale Manual. Los Angeles CA, USA: Western Psychological Service. 2002.
 14. Beck CT, Gable RK. Screening performance of the Postpartum Depression Screening Scale – Spanish version. J Transcult Nurs. 2005; 16(4):331-38.
 15. Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: development and psychometric testing. JNR. 2000; 49(5): 272-82.
 16. Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. JNR. 2001; 50(3): 155-64.
 17. Rychnovsky J, Beck CT. Screening for postpartum depression in military women with the Postpartum Depression Screening Scale. Military Medicine 2006; (171)11:1100-04.
 18. Clemmens D, Driscoll JW, Beck CT. Postpartum depression as profiled through the depression screening scale. MCN. 2004; 29(3) 180-85.
 19. Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: Spanish version. JNR. 2003; 52(5): 296-306.
 20. Ministerio de Salud. Ley sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Subsecretaría de Salud Pública, Ley número 20120. Biblioteca del Congreso Nacional, Chile; 2006.
 21. Polit DF, Hungler BP. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. D.F. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V; 2000.
 22. Burns N, Grove S. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization Philadelphia. 4ta. ed. Pennsylvania, USA: W.B. Saunders Company; 2001.
 23. Goldsmith ME. Postpartum depression screening by family nurse practitioners. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2007; 19: 321-27.