

**CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA
POSNATAL EDINBURGH PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES
EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA**

COINVESTIGADORES

MARIBEL AMOR PARRA

CRISTIAN AYOLA CASTILLO

HENRY PEINADO VALENCIA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.

2007

BS
I
618.76
C744

**CONSISTENCIA INTERNA Y ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA
POSNATAL EDINBURGH PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS EN MUJERES
EMBARAZADAS DE CARTAGENA, COLOMBIA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
ADALBERTO CAMPO ARIAS, MD
ZULEIMA COGOLLO MILANES**

**COINVESTIGADORES
MARIBEL AMOR PARRA
CRISTIAN AYOLA CASTILLO
HENRY PEINADO VALENCIA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C.**

Trastornos Mentales
Depresión Mental

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
 CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN
 FORMA DE ADQUISICIÓN
 Compra _____ Donación Canje _____ U. de C. _____
 Precio \$ 10.000 Proveedor _____
 No. de Acceso 108805 No. de ej. _____
 Fecha de ingreso: DD 27 MM 06 AA 07

CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	
II. MÉTODO	7
III. RESULTADOS	11
IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	12
V. RECOMENDACIONES	15
REFERENCIAS	16
AGRADECIMIENTOS	20
ANEXOS	21

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos representan un problema importante de salud pública (1). Estos trastornos se observan con mayor frecuencia en la población femenina en comparación con la masculina (2). No obstante, la frecuencia de estos trastornos parece ser sustancialmente mayor durante el embarazo y el puerperio (3, 4).

La presencia de trastornos depresivos mayores durante el embarazo incrementa en forma importante la morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como en el fruto del embarazo, es decir, pueden llevar a conductas no saludables tales como no buscar atención prenatal, uso de sustancias nocivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales).

La depresión en la gestante es un factor de riesgo para los intentos de suicidios y los suicidios (6). La presencia de este trastorno en el embarazo aumenta el riesgo de presentar preeclampsia, partos prematuros y bajo peso al nacer (5). Además, representa para la gestante, un riesgo elevado de presentar un trastorno depresivo durante el posparto (7, 8). Se ha observado que las madres con un menor apego a los hijos, son aquellas que informaron más síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo (9).

Varias escalas se usan para identificar trastornos depresivos en el embarazo. La Escala para Depresión del Centro Epidemiológico, CES-D (10, 11) y la Escala de

Depresión Posparto de Edinburgh (EPDS) son las más conocidas. La EPDS se diseñó para cuantificar síntomas cognoscitivos exclusivamente en el posparto (12). Sin embargo, se utiliza igualmente en la detección de los trastornos depresivos en mujeres gestantes (13-15).

En relación con las escalas es importante conocer el comportamiento psicométrico de éstas en diferentes poblaciones (16). Para determinar la confiabilidad se explora la consistencia interna (17, 18). Y se refiere a si los ítemes que conforman la escala tienen unos adecuados niveles de correlación entre ellos. Si existe una adecuada consistencia interna se considera que la escala es homogénea (16). Para conocer los factores o dimensiones latentes en una escala homogénea se utiliza el análisis de factores. Igualmente, el análisis de factores se usa para conocer la validez de constructo de una escala (19). La validez de constructo mide hasta qué punto el indicador o la definición operativa mide el concepto (20).

En relación con la consistencia interna de la EPDS en mujeres en el postparto, Cox *et al* informaron un coeficiente 0,87 (12). Mientras que estos coeficientes en tres estudios realizados con embarazadas en México, la EPDS mostró una consistencia interna entre 0,82 y 0,85 (21-23).

Dos de los estudios realizados en México muestran estructura factorial entre 51,4% con cuatro factores y 50,3% con dos factores (22, 23).

Es importante conocer la consistencia interna y la estructura factorial de la EPDS en diferentes poblaciones dado que el comportamiento psicométrico de las escalas generalmente varía de acuerdo a la población estudiada (16). De acuerdo con lo anterior es importante contar con instrumentos validos y confiables para

identificar precozmente trastornos depresivos en el embarazo con el fin de evitar las consecuencias de los trastornos depresivos mediante la realización de un tratamiento adecuado y oportuno de los posibles casos. Sin embargo, no están disponibles investigaciones que informen la consistencia interna y la estructura factorial de este instrumento en embarazadas de Cartagena, Colombia.

Con la realización de este tipo de investigaciones el profesional de enfermería tendrá un nuevo campo de acción en la prevención secundaria en las embarazadas y una nueva competencia en los ámbitos de la investigación, al poder utilizar herramientas validas y confiables que ayuden a la identificación temprana de los trastornos depresivos en las embarazadas y realizar un tratamiento oportuno.

Teniendo en cuenta los argumentos previos, nos formulamos el siguiente problema: ¿Es la escala de Edinburgh un instrumento válido y confiable para detectar depresión en las embarazadas que asisten a control prenatal y a consulta externa de una Clínica de maternidad en Cartagena de Indias?

El objetivo general de este estudio fue determinar la consistencia interna y la estructura de factores de la escala de Edinburgh para trastornos depresivos en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia.

II. MÉTODO

Tipo de estudio

El presente es un estudio metodológico para validar de una escala o instrumento sin patrón de oro (24) en embarazadas del área urbana de Cartagena que asistían al control prenatal y consulta externa en una clínica pública de maternidad.

Consideraciones éticas

Se solicitó la autorización del representante legal de la clínica. La participación de las pacientes fue completamente voluntaria, las participantes escribieron su nombre y apellido en la encuesta como consentimiento informado, después de haber sido informadas acerca de las características del estudio, del mínimo riesgo que implicaba y del mantenimiento del anonimato; de acuerdo con la Declaración de Helsinki (25) y las disposiciones colombianas para investigaciones en salud (26).

Población

Se tomó una muestra no probabilística de 200 mujeres embarazada. Para alcanzar el objetivo de la investigación se precisaba de una muestra que podía oscilar entre 100 y 200 participantes, es decir de 10 a 20 participantes por ítem (16).

De las 260 embarazadas que asistieron a control prenatal y a consulta externa de una clínica pública de maternidad de Cartagena de Indias, 200 participaron en el presente estudio (76.9%); 53 embarazadas no cumplieron los criterios de inclusión (20 no vivían en Cartagena, 20 eran menores de edad y 13 embarazadas se negaron a participar); se excluyeron 7 embarazadas porque eran iletradas. La edad de las participantes se encontraba entre 18 a 42 años con un promedio de 24,3 años (DE= 5,3); el 73,0 % eran católicas y 27,0% evangélicas; el 90,5% de las participantes tenía pareja estable y el 9,5% sin pareja; la escolaridad promedio osciló entre 2 a 15 años de escolaridad, con un promedio de 8,9 años (DE=2,6) ; 82,5% residían en estrato I y el 17,5 % restante, en estrato II; 84,5 % eran amas de casa; 42,0 % eran nulíparas y en el 38,5 % era el primer embarazo. El número de gestaciones se encontró entre 1 y 8 gestaciones con un promedio de 2,7 (DE=9,8); la edad gestacional estuvo entre 5 a 40 semanas con un promedio de 26,8 semanas (DE= 9,5) y 57,5% no planificaron el embarazo actual.

Criterios de inclusión y exclusión

Participaron embarazadas mayores de 18 años, con o sin problemas patológicos, residentes en el área urbana de Cartagena, que asistían a control prenatal y consulta externa. Se excluyeron las embarazadas iletradas o aquellas que presentaban signos evidentes de déficit cognoscitivo que les impedía responder por sí mismas el cuestionario.

Instrumento

Se utilizó una breve encuesta sociodemográfica y la EPDS de diez ítemes de respuesta politómica que exploran síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Cada pregunta se califica de cero a tres puntos. Requiere únicamente de cinco minutos para ser diligenciada (12).

Procedimiento

Se envió una solicitud formal a las directivas de la Clínica con el fin de obtener una autorización legal por parte de la institución. Posterior a la autorización, participaron voluntariamente 200 embarazadas en el estudio. A las participantes les fueron explicados los objetivos y la confidencialidad de la investigación, además firmaron en la parte posterior del instrumento como muestra del consentimiento informado.

La recolección de información se obtuvo mediante la aplicación de la encuesta sociodemográfica y la EPDS; el instrumento fue autodiligenciado en aproximadamente diez minutos, previa explicación por parte de una persona entrenada.

Análisis estadístico

Para la EPDS se determinó la consistencia interna mediante la prueba de alfa de Cronbach que mide la consistencia de escalas con patrón de respuestas politómicas (27), la correlación ítem-puntuación total mediante la r Pearson (28), y

el alfa de Cronbach si el ítem era omitido. Para explorar la estructura factorial se realizó un análisis de factores exploratorio mediante el método de componentes principales (29). Inicialmente, se aplicó la prueba de adecuación de la muestra de Kayser-Meyer-Olkin (KMO) (30) y la prueba de esfericidad de Bartlett (31). Se consideraron factores importantes los que mostraron valores propios mayores de 1.0 y por lo menos tres ítems con coeficientes mayores de 0.5 (32,33). La solución final se rotó en forma oblicua (promax). Los datos fueron almacenados por duplicado para identificar posteriormente inconsistencias y procesados en el paquete estadístico SPSS 13.0 para Windows (34).

III. RESULTADOS

Se encontró que la consistencia interna de la EPDS fue de 0,78. Las correlaciones corregidas ítem puntuación total se muestran en la tabla 1. La EPDS mostró una estructura tridimensional que explicaba el 59,9% de la varianza. El primer factor (Ánimo deprimido) mostró un valor propio de 3,54 que daba cuenta el 35,4% de la varianza, el segundo factor (Anhedonia) de 1,36 que explicaba el 13,6% de la varianza y en tercer factor (Culpa y desesperanza) de 1,10 responsable del 11,0% de la varianza. Ver tabla 2.

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se puede observar en la presente investigación que la EPDS muestra una alta consistencia interna y una estructura tridimensional en gestantes de estrato bajo de Cartagena, Colombia, lo que sugiere que es una escala confiable y puede ser utilizada para identificar posibles trastornos depresivos mayores en esta población. En relación con la consistencia interna, similar a lo observado en el presente estudio, Lartigue y Casanova (22); y Ortega y Lartigue (23) hallaron coeficientes de alfa de Cronbach de 0,85 y 0,82, respectivamente.

En lo referente al análisis factorial, en esta investigación se observó una estructura tridimensional, a diferencia de lo encontrado por Lartigue-Casanova (22) y Ortega-Lartigue (23) quienes informaron que la EPDS estaba compuesta de una estructura de dos y cuatro dimensiones.

Estas diferencias en cuanto a la estructura dimensional probablemente son debidas al aspecto sociodemográfico y elementos culturales (16). La población que participó en este estudio residía sólo en estratos uno y dos, con características culturales y lingüísticas propias del caribe colombiano.

Los resultados obtenidos sugieren que la EPDS es un instrumento confiable y posiblemente válido para ser utilizado en la detección temprana de trastorno depresivo mayor en la población de gestantes de estrato bajo de Cartagena. La identificación de posibles casos tal vez pueda prevenir las consecuencias

negativas, tanto para la madre como para el feto, siempre y cuando se realice un tratamiento adecuado (4, 9).

Sin duda, la EPDS debido a la sencillez y al reducido tiempo necesario para su aplicación (cinco a diez minutos) y la fácil interpretación, permite la utilización por cualquier profesional de la salud incluyendo al profesional de enfermería, convirtiéndose en un importante instrumento para la identificación de trastornos depresivos mayores en las gestantes; además, podría evitar en lo posible el infradiagnóstico.

A través de la utilización de la EPDS se mejorará de manera importante la atención de parte de los profesionales de la salud dirigida a la población de embarazadas y se contribuirá en disminuir los altos costos que generan las consecuencias de los trastornos depresivos no tratados en las embarazadas, mediante la prevención secundaria.

El profesional de enfermería tendrá un nuevo campo de acción en la prevención secundaria en las embarazadas y una nueva competencia en los ámbitos de la investigación, al poder utilizar una herramienta válida y confiable que ayuda a la identificación temprana y el tratamiento oportuno de los trastornos depresivos en las embarazadas; cabe resaltar que este instrumento no diagnostica el trastorno depresivo, pero si se podría tener en cuenta para sugerir una remisión al especialista con el fin de realizar el diagnóstico diferencial.

Se concluye que la EPDS es un instrumento con una adecuada consistencia interna y estructura factorial, lo que demuestra su validez y confiabilidad para ser



utilizado como tamiz en la detección temprana de trastornos depresivos mayores, en la población de gestantes de estrato bajo de Cartagena, con el fin de identificar y tal vez prevenir las consecuencias tanto para la madre como para el feto, derivadas de la presencia de los trastornos depresivos durante la gestación.

V. RECOMENDACIONES

Se debe tener en cuenta que el presente estudio posee una serie de limitaciones como son la muestra no probabilística, la falta de un patrón de oro y las características específicas de la población que no permiten generalizar. En futuras investigaciones sería conveniente indagar el comportamiento psicométrico de la EPDS en muestras probabilísticas de estratos socioeconómicos medios y altos, en adolescentes embarazadas y comparar el comportamiento psicométrico frente a un patrón de oro.

Se recomienda a la institución donde se realizó el estudio utilizar la EPDS en las embarazadas que asistan al control prenatal y a consulta externa para identificar trastornos depresivos en embarazadas como prueba de tamizaje, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación. Además se sugiere la participación activa del profesional de enfermería en éste proceso.

REFERENCIAS

1. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40: 20-23.
2. Gomez-Restrepo C, Bohorquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JF, Rondon Sepulveda M, Diaz-Granados N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16: 378-86.
3. Blazer DG, Kessler RC, McConagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 979-86.
4. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323: 257-60.
5. Bennett HA, Einarsom A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy. Overview of clinical factors. *Clin Drug Invest* 2004; 24: 157-79.
6. O'Boyle AL, Magann EF, Ricks RE Jr, Doyle M, Morrison JC. Depression screening in the pregnant soldier wellness program. *South Med* 2005; 98: 416-18.
7. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 38: 84-93.
8. Bowen A, Muhajarine N. Antenatal depression. *Can Nurs* 2006; 102: 26-30.

9. Condon J, Corkindale C. The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol* 1997; 70: 359-72.
10. Aldana CE, Atkin L. Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Perinatol Reprod Hum* 1997; 11: 184-89.
11. Mosack V, Shore ER. Screening for depression among pregnant and postpartum women. *J Com Health Nurs* 2006; 23: 37-47.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 50: 782-6.
13. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35: 491-8.
14. Gordon TE, Cardone IA, Kim JJ, Gordon SM, Silver RK. Universal perinatal depression screening in an Academic Medical Center. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 42-7.
15. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NM, 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: 89-95.
16. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública* 2004; 6: 302-18.
17. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34: 572-80.



18. Morgan GA, Gliner JA, Harmon RJ. Measurement validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 729-31.
19. Namakforoosh MN. Metodología de la investigación. México: Editorial Limusa, S.A., 2005.
20. Muchinsky PM, Lorenzo E. Psicología aplicada al trabajo. Madrid: Paraninfo/International Thomson Editores, 2001.
21. Espindola JG, Morales F, Mota C. Calibración del punto de corte para la escala de depresión perinatal de Edinburgh en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 3: 179-86.
22. Lartigue T, Casanova G, Ortiz JI. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 73-90.
23. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión a través de la Escala de depresión perinatal de edinburgh (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
24. Blacker D, Endicott J. Psychometric properties: concepts of reliability and validity. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, Zarin DA, Blacker D, Endicott J, et al (eds). *Handbook of psychiatric measures*. Washington: APA 2002; 7-14.
25. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Disponible en: URL: www.wma.net/s/policy/b3.htm (fecha de acceso 21 de feb 2006).
26. Republica de Colombia. Ministerio de salud. Resolución 008430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, 1993.

27. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
28. Kaplan RM, Saccuzzo D. Pruebas psicológicas: principios, aplicaciones y temas. Sexta edición. Cuajimalpa: Tompson Editores, 2006: 132-6.
29. Cáceres A. Estadística multivariante y no paramétrica con SPSS: aplicación a las ciencias de la salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1994: 239-42.
30. Guisande C. Tratamiento de datos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos 2006; 235-52.
31. Hernández O. Estadístico multivariado. San José: Editorial de Universidad de Costa Rica 1996; 51-3.
32. Gorsuch, RL. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Person Asses* 1997; 68: 532-60.
33. Streiner, DL. Figuring out factors: the use and misuse of factor analysis. *Can J Psychiatry* 1994; 39: 135-40.
34. SPSS for Windows 13.0. Chicago: SPSS Inc., 2005.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos al Medico Psiquiatra Adalberto Campo-Arias y a la Enfermera Zuleima Cogollo Milanes por su gran aporte y apoyo constante en la realización de esta investigación; además, a los trabajadores de la Clínica Maternidad Rafael Calvo y a las participantes de la investigación por brindarnos su atención y colaboración.

Tabla 1. Confiabilidad de la EPDS en gestantes de Cartagena, Colombia.

Ítem	*i-t	Alfa de Cronbach si ítem es omitido
Reír	0,46	0,76
Disfrutar	0,44	0,77
Culpa	0,37	0,77
Ansiedad	0,28	0,79
Pánico	0,51	0,76
Desesperanza	0,23	0,79
Infeliz	0,55	0,75
Triste	0,66	0,74
Llorar	0,62	0,74
Daño	0,40	0,77

*i-t Correlación ítem puntuación total corregida

Tabla 2. Matriz de correlación de la EPDS con rotación oblicua en gestantes de Cartagena, Colombia.

Item	Factor I	Factor II	Factor III
Reír	0,407	0,758	0,101
Disfrutar	0,486	0,742	-0,063
Culpa	0,299	0,218	0,637
Ansiedad	-0,076	0,731	0,400
Pánico	0,412	0,397	0,630
Desesperanza	0,147	-0,013	0,731
Infeliz	0,719	0,245	0,439
Triste	0,749	0,583	0,267
Llorar	0,790	0,374	0,357
Daño	0,704	0,171	0,112

* Coeficientes mayores de 0,500 aparecen en negrita.

Aspectos sociodemográficos

Procedencia Urbana ___ Rural ___

Edad (años cumplidos) _____

Religión 1. Católico ___ 2. Evangélico ___ 3. Testigo de Jehová ___ 4. Mormón ___ 5. Otro _____

Escolaridad (años de escolaridad formal aprobados) _____

Estrato de la residencia I ___ II ___ III ___ IV ___ V ___ VI ___

Ocupación: Trabajo remunerado ___ Estudia ___ Ama de casa ___

Fórmula Gestacional: No. Embarazos ___ No. Abortos ___ No. Hijos vivos ___ No. Hijos muertos ___ No. Mortinatos ___ No. Cesáreas ___ No. Partos vaginales ___ Nulipara ___

Edad gestacional: _____

Embarazo planificado : Si ___ No ___

1. En los últimos 15 días, he podido reír y apreciar lo divertido de las cosas:

- a. Igual que lo he hecho siempre
- b. No tanto como antes
- c. Definitivamente, no tanto como antes
- d. No del todo

2. En los últimos 15 días, he disfrutado las cosas que hago:

- a. Igual que lo he hecho siempre
- b. Un poco menos que antes
- c. Definitivamente, menos que antes
- d. Casi nada

3. En los últimos 15 días, me he echado la culpa innecesariamente cuando las cosas no han salido bien:

- a. Sí, casi siempre
- b. Sí, a veces
- c. No muy a menudo
- d. No, nunca

4. En los últimos 15 días, me he sentido preocupada y ansiosa sin una buena razón:

- a. No, no del todo
- b. Casi nunca
- c. Sí, a veces
- d. Sí, con mucha frecuencia

5. En los últimos 15 días, me he sentido asustada o en pánico sin una buena razón:

- a. Sí, bastante
- b. Sí, a veces
- c. No, no mucho
- d. No, en absoluto

6. En los últimos 15 días, he sentido que las cosas se me están viniendo encima:

- a. Sí, la mayoría de las veces no he podido hacerle frente a las cosas
- b. Sí, a veces no he podido hacerle frente a las cosas como antes
- c. No, casi siempre puedo hacerle frente a las cosas
- d. No, le hago frente a las cosas como siempre lo he hecho.

7. En los últimos 15 días, he estado tan infeliz que tengo problemas para dormir:

- a. Sí, la mayor parte del tiempo
- b. Sí, a veces
- c. No, no mucho
- d. No, en absoluto

8. En los últimos 15 días, me he sentido triste o miserable:

- a. Sí, la mayor parte del tiempo
- b. Sí, frecuentemente
- c. No, no mucho
- d. No, en absoluto

9. En los últimos 15 días, he estado tan infeliz que me he puesto a llorar:

- a. Sí, la mayor parte del tiempo
- b. Sí, frecuentemente
- c. No, no mucho
- d. No, en absoluto

10. En los últimos 15 días, se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma:

- a. Sí, con bastante frecuencia
- b. A veces
- c. Casi nunca
- d. No, nunca

