

DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON EMBARAZOS DE RIESGO

M. Carmen Míguez, Vanesa Fernández y Beatriz Pereira
Universidad de Santiago de Compostela (España)

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar la presencia de la depresión postparto y las variables asociadas a la misma en una muestra de 99 mujeres. Éstas fueron evaluadas en el embarazo y a las 6-8 semanas postparto. Se utilizaron como instrumentos de evaluación un cuestionario sociodemográfico y de datos clínicos, la "Escala de depresión postparto de Edimburgo" (EPDS) y la escala Estado del "Inventario de ansiedad estado-rasgo" (STAI). Los resultados indican una presencia de depresión postparto del 22,2%. Las mujeres con menos años de formación ($p= 0,047$), que no trabajan ($p= 0,017$), que presentan mayor sintomatología depresiva durante el embarazo ($p\leq 0,001$) y mayor nivel de ansiedad ($p\leq 0,001$) son las que presentan en mayor porcentaje depresión postparto. El principal predictor de ésta fue el sufrir depresión (OR= 17,50) durante el embarazo. Estos resultados confirman la importancia de la evaluación de los factores de riesgo psicosocial en los controles regulares del embarazo, pues genera la oportunidad de detectar a las mujeres en riesgo de presentar depresión postparto y derivarlas a los servicios apropiados.

PALABRAS CLAVE: *depresión, embarazo, postparto, depresión postparto.*

Abstract

The aim of this study was to analyze the presence of postpartum depression and its related variables in a 99 women sample. These women were evaluated during pregnancy and 6-8 weeks after delivery. Assessment included a questionnaire with sociodemographic and clinical information, the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) and the State-Anxiety Inventory (STAI-S). Results indicated a rate of postpartum depression of 22.2%. Women who have fewer years of education ($p= .047$), who do not work ($p= .017$), who have more depressive symptoms during pregnancy ($p\leq .001$) and a higher level of anxiety ($p\leq .001$) have a higher percentage of postpartum depression. The most noteworthy predictor of postpartum depression was depression during pregnancy (OR= 17.50). These results confirm the importance of assessing psychosocial risk factors at regular controls of pregnancy, because that assessment generates the opportunity to detect women at risk for postpartum depression and to advise them to seek the appropriate professional help.

KEY WORDS: *depression, pregnancy, postpartum, postpartum depression.*

Introducción

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes de la población general y uno de los más incapacitantes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010; Paykel, Brugha y Fryers, 2005) y afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres (OMS, 2003; Patten, 2009). El momento cumbre del inicio de una depresión en las mujeres se produce durante los años fértiles (Goodman, 2007). Concretamente, dos momentos en los que aumenta la vulnerabilidad a la depresión son el embarazo y el período postparto (Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton y Milgrom, 2010; Wisner *et al.*, 2009), puesto que el nacimiento de un hijo es un evento vital asociado a numerosos cambios biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Tras el parto, la mujer debe adaptarse a una vida de cuidado de su hijo, iniciar la lactancia, reponerse del agotamiento físico del parto y sufrir los cambios hormonales de este período. La coincidencia de la aparición del primer episodio depresivo con el puerperio es frecuente y, además, incrementa el riesgo para futuros episodios depresivos puerperales (Cox, Murray y Chapman, 1993).

La denominada *depresión postparto, postnatal o puerperal* se considera comparable a un episodio depresivo mayor. En la cuarta versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (*American Psychiatric Association [APA], 1994*) aparecieron por primera vez los criterios de especificación para un episodio depresivo mayor de inicio en el postparto. No obstante, los criterios diagnósticos del DSM no son universalmente aceptados por todos los clínicos e investigadores, lo que conlleva falta de consenso en cuanto a la metodología a seguir a nivel de evaluación (Boyd, Le y Somberg, 2005). Además, son escasos los instrumentos diseñados específicamente para la valoración de este trastorno que eviten utilizar los síntomas físicos de la depresión, los cuales no tienen un alto valor diagnóstico en el período postparto (Beck y Gable, 2003). A nivel internacional, el instrumento de evaluación específico más utilizado es la "Escala de depresión postparto de Edimburgo" (*Edinburg Postnatal Depression Scale, EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987*), que ha demostrado tener gran utilidad tanto en la práctica clínica como en la investigación.

En la última década se ha dado un incremento del interés por este tema en las políticas de salud de otros países. Así, en 2006 en Estados Unidos, la *Healthy Resources and Services Administration* ordenó que en todos los programas *Healthy Start* (programas que dan apoyo y formación a los nuevos padres y promueven la salud y el bienestar de los niños) se llevaran a cabo controles rutinarios para detectar la posible depresión postparto. En este mismo año, el estado de Nueva Jersey proclamó una ley que exigía su detección. Además, el *National Institute of Mental Health* apoyó el desarrollo de dos programas para informar y entrenar a los servicios de atención primaria en mejores métodos de detección y manejo de la depresión perinatal (Baker, Kamke, O'Hara y Stuart, 2009; Wisner, Logsdon y Shanahan, 2008). Por tanto, en otros países la detección de la depresión postparto es una tarea que llevan a cabo de forma rutinaria los profesionales de la salud que atienden a las madres, aunque no deja de ser un tema polémico por los costes asociados, por el riesgo a la sobrepatologización de los síntomas anímicos en el

período postparto, o por la poca capacidad del sistema para proporcionar un tratamiento.

Las estadísticas indican que es más común padecer depresión en el postparto que en otros momentos de la vida de la mujer y que se trata de un problema más frecuente de lo que a priori se podría pensar (Vesga-López *et al.*, 2008). Diversos autores coinciden en que su prevalencia suele oscilar entre un 10 y un 15% (Beck, 2001; Cox *et al.*, 1993; Gaynes *et al.*, 2005), si bien puede variar de forma importante en función de variables culturales, diferencias en la percepción de la salud mental, criterios diagnósticos e instrumentos de evaluación utilizados (Halbreich y Karkun, 2006).

En España existen pocos datos sobre la estimación de la prevalencia de este trastorno. Navarro *et al.* (2008) hallaron una prevalencia de trastornos no psicóticos postparto, a las 6 semanas de haber dado a luz, del 18,1%. Entre las puérperas que presentaron un solo trastorno, un 43,6% sufrieron depresión (depresión mayor o menor y distimia). De forma específica, destaca el estudio de Ascaso *et al.* (2003), en el que se encontró con la EPDS una tasa de prevalencia del 12,9%. Otros estudios previos realizados en España fueron los llevados a cabo por Machado, García, Moya, Bernabéu y Cerdá (1997), Martínez *et al.* (2001), Sebastián *et al.* (1999) y Sierra, Carro y Ladrón (2002) en los que se hallaron tasas del 15,8%, 26,7%, 13,2% y del 15,7%, respectivamente. Estos poseen la limitación de que para estimar la presencia de la depresión postparto no utilizaron un instrumento validado para tal fin, pues la versión española validada de la EPDS se publicó en 2003 (García-Esteve, Ascaso y Ojuel, 2003). En Galicia, hasta el momento, no se han llevado a cabo estudios al respecto, pues el realizado por Vilouta, Álvarez, Borrajo y González-González (2006) en realidad no evaluó la presencia de depresión postparto sino de *baby blues* (síntomas depresivos leves y transitorios que aparecen en los días posteriores al parto con motivo del cambio hormonal), ya que las medidas fueron tomadas en las 48-72 horas tras el parto.

Con relación a las variables asociadas a la depresión postparto, aunque existen ciertas discrepancias, la literatura en este campo relaciona determinados factores a nivel sociodemográfico, tales como ser mujer joven, con una mayor probabilidad de aparición de esta patología (Rubertsson, Waldenstrom y Wickberg, 2003; Ryan, Van Lieshout, Cleverley, Jenkins y Georgiades, 2011). También se ha asociado con tener pocos años de escolarización (Davis, Edwards, Mohay y Wollin, 2003; Ryan *et al.*, 2011), tener menos ingresos familiares (Giardinelli *et al.*, 2012), estar desempleada (Giardinelli *et al.*, 2012; Gonadakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas y Christoudoulou, 2008) y no tener pareja o una pobre relación con la misma (Giardinelli *et al.*, 2012; Gonadakis *et al.*, 2008; Lara *et al.*, 2012; Melo *et al.* 2012; Ryan *et al.*, 2011; Woolhouse, Gartland, Hegarty, Donath y Brown, 2012).

En lo concerniente a variables relacionadas con el parto, algunas investigaciones la han asociado con los partos por cesárea (Adewuya, Ologun y Ibigbami, 2006; Fatoye, Oladimeji y Adeyemi, 2006; Koo, Lynch y Cooper, 2003), aunque no todos hallan esta relación (p. ej., Kim, Hur, Kim, Oh, y Shin, 2008).

Respecto a las variables psicológicas, la presencia de depresión durante el embarazo es la variable que más se ha asociado a la depresión en el período postparto (Banti *et al.*, 2011; Beck, 2001; Giardinelli *et al.*, 2012; Heron,

O'Connor, Evans, Golding y Glover, 2004; Melo *et al.*, 2012), si bien algún estudio ha señalado también la presencia de ansiedad en el embarazo como un factor relevante (Davey, Tough, Adair y Benzies, 2011; Giardinelli *et al.*, 2012; Heron *et al.*, 2004).

La importancia de la detección de la depresión postparto radica en que repercute no sólo sobre la mujer que la padece, sino que su impacto se extiende a los hijos, afectando a su desarrollo (Kingston Tough y Whitfield, 2012; Pedros-Roselló, 2007), así como a sus familias, contribuyendo al deterioro de las relaciones conyugales y familiares (Burke, 2003).

Así pues, en la presente investigación se han planteado como objetivos determinar la presencia de la depresión postparto en una muestra de puérperas de Galicia (España) y, en segundo lugar, identificar las variables que se asocian a la misma. En función de los objetivos planteados y de la literatura revisada, formulamos las siguientes hipótesis: 1) la presencia de la depresión postparto entre las mujeres de esta muestra se situará en torno a un 15%. 2) Con relación a las variables sociodemográficas habrá una mayor presencia de depresión postparto entre las más jóvenes, las que no tengan pareja, aquellas con un menor nivel de estudios y menores ingresos y las que se encuentren desempleadas. 3) En referencia a las variables relacionadas con el parto, la depresión postparto será mayor en las mujeres que hayan dado a luz mediante cesárea. 4) Por último, aquellas mujeres que durante el embarazo presentaran sintomatología depresiva elevada tendrán mayor probabilidad de presentar depresión postparto.

Método

Participantes

La muestra está formada por 99 mujeres cuyo reclutamiento, realizado mediante un muestreo de conveniencia, tuvo lugar de marzo de 2012 a enero de 2013. Éstas fueron entrevistadas por primera vez durante el embarazo, cuando acudían a realizar las visitas de control del embarazo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de su hospital de referencia en donde darían a luz. Se les había indicado que acudieran al hospital, en lugar de a su centro de salud como es habitual en el área sanitaria a la que pertenecían, por considerar que su embarazo entrañaba cierto riesgo y, por tanto, requería un seguimiento más exhaustivo, bien por su edad o porque presentaban alguna patología (p. ej., diabetes), o habían informado de la presencia de antecedentes familiares y/o personales u obstétricos.

El rango de edad de la muestra estaba comprendida entre los 18 y los 42 años ($M= 32,44$ años; $DT= 4,20$). El 96,0% estaba casada o vivía en pareja. El 55,6% tenía estudios universitarios, el 32,3% había cursado estudios secundarios y el restante 12,1% estudios primarios. En lo concerniente a su situación laboral durante el embarazo, un 53,5% trabajaba, un 23,2% se encontraba de baja laboral y un 15,2% estaba en paro. El 59,6% era primípara, el 84,8% informó que el embarazo había sido planificado, el 24,3% informó haber sufrido alguna complicación durante el embarazo y el 16,2% durante el parto.

Instrumentos

Los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio fueron los siguientes:

- a) "Cuestionario sociodemográfico y clínico". Se elaboró un cuestionario específicamente para el estudio que recogía información sobre variables clínicas y sociodemográficas (edad, nivel de estudios, estado civil, situación laboral, percepción acerca de si el embarazo había influido en su situación laboral e ingresos mensuales familiares). Las variables clínicas incluían datos acerca del embarazo (embarazo planificado, complicaciones durante el mismo y número de hijos) y el parto (complicaciones y tipo de parto: normal, cesárea, fórceps/ventosa).
- b) "Escala de depresión postparto de Edimburgo" (*Edinburg Postnatal Depression Scale*, EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987). Se trata de una escala autoadministrada diseñada inicialmente para ayudar a los profesionales de atención primaria a detectar estados depresivos en el período postparto. Mide síntomas cognitivos y emocionales y excluye los síntomas somáticos de la depresión, excepto para un ítem que evalúa las dificultades para dormir. Consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3 de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. El rango de puntuaciones de la escala EPDS va de 0 a 30, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad. Es la escala más utilizada a nivel internacional para la detección de la sintomatología depresiva en el postparto, aunque también ha sido validada para su uso durante el embarazo (Tendais, Costa, Conde y Figueiredo, 2014; Webster, Linnane, Dibley y Pritchard, 2000). Dependiendo de las características culturales de cada país la puntuación de corte que se utiliza varía entre 9 y 13. De hecho, algunos autores achacan a esta variabilidad las diferencias que se encuentran al evaluar su prevalencia (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen y Opjordsmoen, 2002). En la validación española de la escala (Ascaso *et al.*, 2003; García-Esteve *et al.*, 2003) la puntuación de corte que se recomienda utilizar para identificar los casos de probable depresión o *población de riesgo*, que incluye depresión mayor y menor, es 10/11. Para estudios epidemiológicos se recomienda un punto de corte superior, 11/12, pues se observó que permitía obtener unos datos equivalentes a los obtenidos mediante la entrevista clínica SCID (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997). La fiabilidad de la EPDS con esta muestra fue de 0,88 en el embarazo y de 0,90 en el postparto.
- c) "Inventario de ansiedad estado-rasgo" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), versión española (Spielberger *et al.*, 1982). Se utilizó la escala Estado (STAI-S) para evaluar el nivel actual de ansiedad. Está formada por 20 frases que describen cómo se siente la persona en ese momento, para cuya respuesta se utiliza una escala tipo Likert de cuatro puntos, en los que las alternativas de respuesta son 0= nada, 1= algo, 2= bastante y 3= mucho. La puntuación oscila entre 0 y 60, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de ansiedad. Este inventario presenta unas buenas propiedades psicométricas al obtener una consistencia interna

que varía entre 0,90 y 0,93. Incluso presenta cierto solapamiento entre ansiedad y depresión, ya que su correlación con el Inventario de depresión de Beck es de 0,60. En esta muestra la consistencia interna del STAI-S fue excelente ($\alpha = 0,94$). Para población femenina se ha sugerido (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2013) un punto de corte de 31 (correspondiente al percentil 75).

Procedimiento

Se utilizó un diseño longitudinal prospectivo de recogida de datos en dos momentos temporales. Las mujeres fueron entrevistadas por primera vez durante el embarazo, cuando acudían a realizar las visitas de control del embarazo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia de su hospital de referencia. Las variables evaluadas fueron de tipo sociodemográfico y clínico, así como el nivel de ansiedad y de sintomatología depresiva. Todas participaron voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado después de haber recibido una descripción del mismo y haber tenido la posibilidad de hacer preguntas.

Debido a las características de la población evaluada (gran dispersión poblacional), la segunda evaluación se realizó mediante encuesta autoadministrada remitida por correo, a los dos meses postparto, entre la 6ª y 8ª semana, tal y como se les había informado en la primera evaluación. Se les envió una carta en la que se les explicaba el propósito de esta evaluación y un sobre franqueado para que su colaboración no les ocasionase gasto alguno.

Análisis de datos

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa *PASW Statistics*, v. 18.0 (IBM, Corp., 2009). El intervalo de confianza establecido fue del 95%. Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Para comparar los porcentajes de mujeres con probable depresión postparto en función de las distintas variables se aplicó el estadístico chi-cuadrado de Pearson. En los casos de tablas 2x2 con casillas con una frecuencia esperada mayor que 5 se utilizó el chi-cuadrado corregido de Yates y la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada menor de 5. Se utilizó la prueba *t* de Student para las comparaciones entre grupos independientes respecto a las puntuaciones medias obtenidas en las escalas. Asimismo, se calculó el tamaño del efecto mediante la *V* de Cramer y la *d* de Cohen.

Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para hallar la correlación entre la puntuación obtenida con el cuestionario EPDS en el postparto y la obtenida en el STAI y EPDS en el embarazo. Para el análisis de la fiabilidad de las escalas en esta muestra se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach.

También se realizaron dos análisis de regresión con distintos fines. El objetivo del primer análisis consistía en evaluar qué variables predecían la depresión postparto. En caso de que la depresión durante el embarazo fuera una de ellas, también se pretendía conocer cuál sería el punto de corte más adecuado en la escala EPDS durante el embarazo para predecir la depresión en el postparto. Para

ello se llevó a cabo una regresión logística binaria por pasos hacia adelante (Wald). Como variable dependiente se utilizó la sospecha de depresión postparto ($EPDS \geq 12$) y como variables independientes se introdujeron en el análisis aquellas variables que habían obtenido diferencias estadísticamente significativas en función de si las embarazadas sufrían o no depresión postparto. En concreto, el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la situación laboral (trabaja/no trabaja), el nivel de ansiedad estado (ansiedad elevada/ansiedad normal) y la probable depresión durante el embarazo con distintos puntos de corte ($EPDS$ 10, 12 y 13).

El objetivo del segundo análisis de regresión fue señalar el peso específico que tenía la depresión durante el embarazo como predictora de la depresión postparto, una vez que controlamos el resto de las variables. En este caso se realizó un análisis de regresión logística binaria jerárquica. Como variables independientes se introdujeron aquellas en las que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin probable depresión postparto. En el primer paso se introdujo el nivel de estudios, la situación laboral y el nivel de ansiedad estado y, en el segundo paso, la sospecha de depresión durante el embarazo ($EPDS \geq 12$).

Resultados

Datos de depresión

La depresión se evaluó en el embarazo y en el postparto. Las puntuaciones medias obtenidas en la $EPDS$ son ligeramente superiores en el postparto (7,71 en el embarazo y 8,16 en el postparto), si bien las diferencias no resultaron ser significativas, $t_{(99)} = -1,07$; $p < 0,286$.

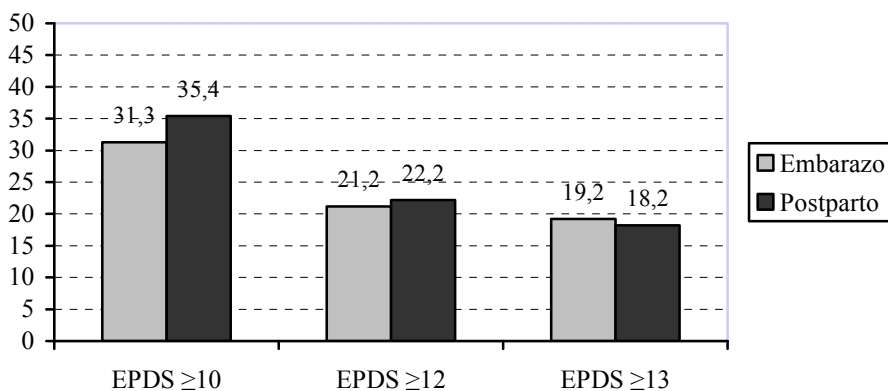
Aunque el punto de corte que se utilizará con la $EPDS$ es el de ≥ 12 , se analizaron los datos obtenidos con los puntos de corte más utilizados a nivel internacional: ≥ 10 , ≥ 12 y ≥ 13 (figura 1). Durante el embarazo, utilizando la puntuación de corte ≥ 10 encontramos que un 31,3% ($n = 31$) de las mujeres presentan probable depresión, con la puntuación de corte ≥ 12 este porcentaje se sitúa en un 21,2% ($n = 21$) y con la puntuación ≥ 13 en un 19,2% ($n = 19$). En el postparto, los porcentajes de probable depresión fueron de 35,4% ($n = 35$), 22,2% ($n = 22$) y 18,2% ($n = 18$), respectivamente.

Características de las mujeres con probable depresión postparto

Para la comparación de las mujeres con y sin probable depresión postparto se ha utilizado como referencia el punto de corte recomendado para estudios epidemiológicos (≥ 12). A nivel sociodemográfico, los resultados hallados respecto a la edad (tabla 1) muestran que si bien las mujeres de menos de 30 años presentan depresión en mayor proporción (30,8% vs. 19,2%), esta variable no alcanzó significación estadística ($p = 0,222$). Asimismo, el estado civil es una variable que no parece ser relevante en la presente investigación ($p = 0,891$), pero sí el nivel de estudios ($p = 0,047$). Son las mujeres con estudios primarios las que

presentaron mayor porcentaje de probable depresión postparto (50,0%), frente a las que tienen estudios secundarios (18,8%) y estudios universitarios (18,2%).

Figura 1
Depresión en el embarazo y postparto



Nota: EPDS= Escala de depresión postparto de Edimburgo.

Otra variable que mostró diferencias significativas fue la situación laboral durante el embarazo ($p= 0,017$), siendo menor el porcentaje de mujeres con probable depresión entre que se encontraban trabajando (11,3%), en comparación con las que afirmaron encontrarse en paro (40,0%) o de baja laboral (26,1%). Las que contestaron que su situación laboral era "otra", distinta a las anteriores, entre las que se incluye ser ama de casa, presentaban un porcentaje de sospecha de depresión del 50,0%. Cuando se agrupó la variable situación laboral en el embarazo en dos categorías (trabaja-no trabaja), ésta se mantuvo estadísticamente significativa, $\chi^2_{(1, 99)}= 7,84$; $p= 0,005$. De las mujeres que trabajaban, el 11,3% mostró probable depresión, mientras que entre las que no trabajaban el porcentaje fue del 34,8%. Asimismo, la presencia de sospecha de depresión fue superior entre aquellas que indicaron que el embarazo les había influido en su situación laboral (34,5% vs. 17,1%).

Respecto a variables relacionadas con el embarazo y parto, la variable complicaciones durante el embarazo (23,0% vs. 20,0%) no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $\chi^2_{(2, 99)}= 0,096$; $p= 0,757$; al igual que las complicaciones durante el parto (22,9 vs. 18,8), $\chi^2_{(1, 99)}= 0,133$; $p= 0,715$. En cuanto al tipo de parto, se encontró que de las mujeres que habían tenido un parto normal el 18,6% presentaba sospecha de depresión, entre las que habían dado a luz mediante cesárea la sospecha de depresión era del 30,0% y entre las que habían necesitado de fórceps del 33,3%, si bien las diferencias halladas no resultaron ser significativas, $\chi^2_{(2, 99)}= 1,883$; $p= 0,390$.

Tabla 1
Probable depresión en función de variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	No depresión (n= 77)		Probable depresión (n= 22)		χ^2	p	V de Cramer
	n	%	n	%			
Edad (años)					3,67	0,159	
≤ 25	3	60,0	2	40,0			
26-35	58	82,9	12	17,1			
> 35	16	66,7	8	33,3			
Estado civil					0,02	0,891	
Soltera	3	75,0	1	25,0			
Casada/vive en pareja	74	77,9	21	22,1			
Nivel de estudios					6,10	0,047	0,25
Primarios	6	50,0	6	50,0			
Secundarios	26	81,2	6	18,8			
Universitarios	45	81,8	10	18,2			
Situación laboral durante el embarazo					10,16	0,017	0,32
Trabaja	47	88,7	6	11,3			
En paro	9	60,0	6	40,0			
De baja laboral	17	73,9	6	26,1			
Otras	4	50,0	4	50,0			
El embarazo influyó en su situación laboral					3,57	0,059	
No	58	82,9	12	17,1			
Sí	19	65,5	10	34,5			
Ingresos mensuales familiares (euros)					3,26	0,353	
< 1200	7	58,3	5	41,7			
1200 a 2000	22	78,6	6	21,4			
2001 a 3000	38	82,6	8	17,4			
> 3000	10	76,9	3	23,1			

Depresión y ansiedad en el embarazo en las mujeres con probable depresión postparto

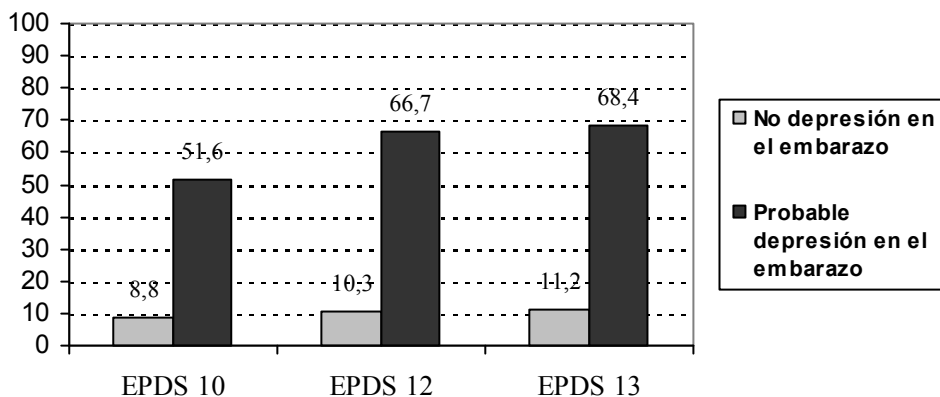
Las mujeres con probable depresión postparto obtuvieron una media en sintomatología depresiva en el embarazo significativamente mayor, $t_{(99)} = -7,29$; $p < 0,001$; $d = -1,65$, que las mujeres sin depresión, puntuando más del doble, 13,64 ($DT = 5,08$) vs. 6,03 ($DT = 4,08$). Lo mismo ocurrió respecto a la media en ansiedad estado ($t_{(99)} = -5,87$; $p < 0,001$; $d = 1,52$), siendo significativamente superior entre las que presentaban depresión postparto, 30,09 ($DT = 9,40$) y 16,08 ($DT = 9,99$), respectivamente.

El porcentaje de mujeres con depresión postparto es significativamente mayor entre las que durante el embarazo presentaban también depresión (figura 2 y tabla 2), independientemente del punto de corte que se utilice, 10 ($\chi^2_{1, 99} = 22,56$; $p <$

0,001), 12 ($\chi^2_{[1, 99]}= 30,46; p < 0,001$) o 13 ($\chi^2_{[1, 99]}= 29,03; p < 0,001$), así como ansiedad elevada.

Figura 2

Presencia de depresión en el embarazo en las mujeres que presentan depresión postparto



Nota: EPDS= Escala de depresión postparto de Edimburgo.

Tabla 2

Depresión postparto en función de la presencia de ansiedad y depresión en el embarazo

Variables	No depresión		Probable depresión		χ^2	p	V de Cramer
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Embarazo							
Ansiedad					17,31	<0,001	0,38
Ansiedad baja	69	86,2	11	13,8			
Ansiedad elevada	8	42,1	11	57,9			
EPDS					22,56	<0,001	0,48
< 10	62	91,2	6	8,8			
≥ 10	15	48,4	16	51,6			
EPDS					30,46	<0,001	0,56
< 12	70	89,7	8	10,3			
≥ 12	7	33,3	14	66,7			
EPDS					29,03	<0,001	0,54
< 13	71	88,8	9	11,2			
≥ 13	6	31,6	13	68,4			

Nota: EPDS= Escala de depresión postparto de Edimburgo.

Asimismo, el coeficiente de correlación de Pearson mostró una relación positiva alta y significativa entre las puntuaciones en la EPDS en el postparto y las puntuaciones en esta escala en el embarazo ($r= 0,72; p < 0,001$). De la misma forma, se obtuvo una correlación significativa ($r= 0,69; p < 0,001$) entre la depresión en el postparto y el nivel de ansiedad estado durante el embarazo.

Variables predictoras de la depresión postparto

Los resultados del primer análisis de regresión (tabla 3) indican que el principal predictor de la depresión postparto es la presencia de depresión en el embarazo. También nos informa acerca de lo recomendable de utilizar el punto de corte de 12 durante el embarazo en la escala EPDS (al igual que hemos hecho en el postparto) para considerar la sospecha de depresión, ya que este punto de corte es el que nos indica el riesgo de sufrir depresión postparto. El segundo análisis de regresión muestra que durante el embarazo la presencia de ansiedad y de depresión son las variables que predicen la depresión postparto, una vez que controlamos todas las variables exceptuando la depresión.

Tabla 3
Predictores de la depresión postparto

Predictores		β	Wald	p	OR	IC 95%
Para la depresión postparto						
EPDS		2,86	0,59	<0,001	17,50	(5,46-56,13)
Constante		-5,03	0,88	<0,001	0,01	
Para la depresión postparto controlando variables						
1 ^{er} Paso	STAI-E	1,97	12,05	0,001	7,19	(2,36-221,89)
	Constante	-3,72	22,47	<0,001	0,02	
2 ^o Paso	STAI-E	0,51	0,44	0,509	1,66	(0,37-7,41)
	EPDS	2,60	13,57	<0,001	13,44	(3,37-53,54)
	Constante	28,61	-5,31	<0,001	0,01	

Nota: EPDS= Escala de depresión postparto de Edimburgo; STAI-E= Escala Estado del Inventario de ansiedad estado-rasgo.

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la presencia de la depresión postparto y los factores de riesgo asociados a la misma en una muestra de mujeres gallegas. Se partió de la hipótesis de que ésta se situaría en torno al 15,0%. Los resultados hallados mostraron un porcentaje superior al que se esperaba encontrar, pues con el punto de corte ≥ 12 fue del 22,2% y aún tomando el punto de corte más elevado y exigente (≥ 13) se situaría en un 18,2%. La comparación de los resultados de esta investigación respecto a otras no resulta fácil debido a los diferentes instrumentos utilizados en los estudios, si bien la EPDS es el patrón tipo ("gold standard") por excelencia a nivel internacional para la evaluación de la depresión postparto. Destaca la similitud de nuestros resultados con los del estudio realizado por Patel, DeSouza y Rodrigues (2003), puesto que estos autores encontraron que a las 6-8 semanas postparto, con el punto de corte ≥ 12 en la EPDS, un 23,0% presentaba depresión. En estudios previos realizados en España (Ascaso *et al.*, 2003; Machado *et al.*, 1997; Sebastián *et al.*, 1997; Sierra *et al.*, 2002) se hallaron porcentajes inferiores a los de esta muestra, a excepción del estudio de Martínez *et al.* (2001) realizado en Valencia, en el que se informó de un porcentaje superior a los 2 meses postparto (26,7%). Cabe destacar

que los anteriores estudios se realizaron antes de disponer de la validación española de la EPDS y, además, utilizaron diferentes puntos de corte que oscilan entre 10 (Martínez *et al.*, 2001) y 13 (Machado *et al.*, 1997; Sierra *et al.*, 2002). Los datos más precisos son los proporcionados por Ascaso *et al.* (2003), donde utilizando la validación española de la EPDS encontraron tasas de depresión postparto del 16,3%, 12,9% y 10,0%, con los puntos de corte ≥ 9 , ≥ 10 y ≥ 12 , respectivamente.

Es posible que en la alta presencia de depresión postparto hallada haya influido el hecho de que la muestra perteneciente a este estudio no estaba siendo atendida en su centro de atención primaria, como es habitual para la mayoría de las embarazadas gallegas, sino en su centro hospitalario de referencia en el que darían a luz, pues su embarazo necesitaba ser supervisado con mayor frecuencia por hallarse en una situación de cierto riesgo, lo cual, a su vez, puede añadir una mayor carga emocional. De hecho, en algunos estudios (p. ej., Urdaneta *et al.*, 2011) se ha visto que la presencia de problemas médicos durante el embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto.

El segundo objetivo que nos planteamos fue evaluar qué variables estaban asociadas a la depresión postparto. Se esperaba una mayor presencia entre las mujeres más jóvenes, las que no tuviesen pareja, aquellas con un menor nivel de estudios, menores ingresos y las que se encontrasen desempleadas. En cuanto a la variable edad, no se encontraron diferencias significativas como en otros estudios (Ryan *et al.*, 2011) donde el ser madre joven fue considerado un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto. Sierra *et al.* (2002) también hallaron que tener menos de 24 años en el momento del parto era una variable asociada al riesgo de sufrir depresión postparto, aunque estos autores achacan este hecho a que las mujeres jóvenes también presentaban en mayor proporción otros factores de riesgo como la ausencia de pareja y/o actividad laboral.

Asimismo, al igual que el estudio de Davey *et al.* (2011), la ausencia de pareja no fue una variable significativa, tal y como lo fue en las investigaciones de Lara *et al.* (2012), Melo *et al.* (2012) y Vesga-López *et al.*, (2008), si bien sólo 4 de las 99 mujeres que conforman la muestra de nuestro estudio afirmaron no tener pareja. Respecto a esta variable, cabe destacar que algunos estudios no evalúan el hecho en sí de tener pareja, o no, sino que se centran en otros aspectos más específicos como la satisfacción con la pareja (Kim *et al.*, 2008), una pobre relación con la misma (García Esteve *et al.*, 2008; Gonadakis *et al.*, 2008), la presencia de conflictos (Ryan *et al.*, 2011) o su grado de apoyo (Haslam *et al.*, 2006; Melo *et al.*, 2012).

El nivel de estudios sí resultó ser una variable significativa ($p= 0,047$). Las mujeres con estudios primarios presentaron mayor porcentaje de sospecha de depresión postparto (50,0%) que las mujeres con estudios secundarios (18,8%) o universitarios (18,2%). Estos datos concuerdan con el estudio de Ryan *et al.* (2011) en el que un nivel de escolarización bajo se asoció con la depresión postparto. Asimismo, Lara *et al.* (2012) encontraron que las adolescentes no escolarizadas tenían más probabilidad de sufrir depresión en el postparto. Sin embargo, en el estudio de Melo *et al.* (2012) el nivel de estudios fue una variable que se asoció con la depresión durante el embarazo, pero no en el postparto. Otras

investigaciones, por contra, no encontraron diferencias entre las mujeres con y sin depresión postparto en función del nivel de estudios (Davey *et al.*, 2011; Koo *et al.*, 2003; Miyake, Tanaka, Sasaki y Hirota, 2011; Woolhouse *et al.*, 2012).

Respecto a la situación laboral, entre las mujeres desempleadas se dio un porcentaje significativamente superior de depresión postparto. Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Giardinelli *et al.* (2012), Gonadakis *et al.* (2008) y Miyake *et al.* (2011). Además, este porcentaje era significativamente mayor entre aquellas que consideraron que el embarazo había influido en su situación laboral. Asimismo, la asociación observada entre el estar desempleada y la depresión postparto no parece estar relacionada con posibles motivos económicos, puesto que no se halló relación entre la presencia de depresión y los ingresos en el hogar, al igual que en el estudio de Miyake *et al.* (2011). En este último estudio, además, encontraron que el tener un trabajo a tiempo completo y desempeñar tareas técnicas protegía del riesgo de padecer depresión postparto, lo cual se asoció con la satisfacción en el trabajo.

La presente investigación también trató de identificar si variables relacionadas con el embarazo y parto se asociaban a la depresión postparto. En función de la literatura revisada se planteó la hipótesis de que la presencia de ésta sería mayor en las mujeres que hubiesen dado a luz mediante cesárea y en las que hubiesen sufrido complicaciones. La variable complicaciones durante el embarazo no resultó ser importante en nuestra muestra, al igual que en el estudio realizado en Soria por Sierra *et al.* (2002), aunque hay autores como Vesga-López *et al.* (2008) que sí han hallado tal relación. Lo mismo ocurrió con las complicaciones en el parto, y aunque es escasa la literatura que hace referencia directa a ellas, una de las complicaciones que señalan algunas mujeres es el fallo en la epidural, siendo el uso de anestesia una de las variables evaluadas en otros estudios (Koo *et al.* 2003). En el estudio de Koo *et al.* (2003) también hubo mujeres que consideraron el parto mediante cesárea o fórceps como complicación.

En nuestro estudio el tipo de parto no fue una variable significativa, lo que concuerda con estudios previos como el de Kim *et al.* (2008) o el de Melo *et al.* (2012). En otros (Koo *et al.*, 2003) esta variable sí parece estar asociada con una mayor probabilidad de desarrollo de depresión postparto. Consideramos a este respecto que la depresión postparto, más que asociarse con el tipo de parto o las complicaciones durante el mismo, se asocia con la "experiencia del parto", es decir, si éste resulta traumático o no para la mujer en función de sus expectativas. Así, aunque en algunos estudios los partos por cesárea se han asociado con la depresión postparto, no siempre el uso de instrumental quirúrgico ejerce un efecto negativo en las emociones maternas; esta cuestión depende de aspectos culturales. De hecho, en España, a diferencia de otros países, el parto por cesárea es una práctica que está muy extendida (Salgado Barreira, Maceira, López y Atienza, 2010), lo que conlleva a que se viva generalmente como algo habitual, no como una complicación.

Por último, se trató de comprobar si aquellas que presentaban sintomatología depresiva elevada durante el embarazo tendrían mayor probabilidad de presentar depresión postparto, aspecto que se vio confirmado. La presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo, de acuerdo con otros estudios que

también la han evaluado (Banti *et al.*, 2011; Beck, 2001; Giardinelli *et al.*, 2012; Heron *et al.*, 2004; Kim *et al.*, 2008; Melo *et al.*, 2012; Woolhouse *et al.*, 2012) fue la principal variable predictora, si bien la ansiedad también jugó un papel relevante.

Es preciso señalar que al considerar los resultados del presente estudio se deben tomar en consideración una serie de limitaciones. En primer lugar, al tratarse de una primera aproximación al tema, el reducido tamaño de la muestra limita las diferencias halladas entre los grupos. Además, puesto que dicha muestra procede de un único centro hospitalario, recogida entre mujeres con embarazos de cierto riesgo, esto dificulta la representatividad de la misma y, por tanto, la generalización de los resultados. Otra limitación es la ausencia de un contraste de las puntuaciones halladas con la EPDS con una entrevista clínica que permita confirmar los posibles casos de depresión postparto, si bien cabe destacar que la presente metodología es la utilizada por la mayoría de los estudios al respecto (Davey *et al.* 2011; Heron *et al.* 2004; Koo *et al.* 2003; Melo *et al.* 2011; Woolhouse *et al.* 2012). De hecho, en la validación española de la escala (Ascaso *et al.*, 2003; García Esteve *et al.*, 2003) se pudo comprobar que utilizando el punto de corte del presente estudio se obtenía el mismo porcentaje de depresión postparto que mediante la entrevista clínica SCID que permite diagnosticar depresión mayor.

Una limitación intrínseca a esta temática se refiere a la dificultad de comparar los resultados hallados con los obtenidos en estudios de diferentes países y culturas, pues la depresión postparto se ve afectada por múltiples factores, y el pertenecer a realidades culturales y sociales diferentes hace a determinados grupos de mujeres más vulnerables a este tipo de depresión. Con relación a esto, Halbreich y Karkun (2006) señalan en su metaanálisis que uno de los principales problemas en el estudio de la depresión postparto a través de las culturas son las diferencias en la definición y expresión de los síntomas.

Consideramos que este estudio también cuenta con importantes implicaciones, ya que es el primero de estas características realizado en madres gallegas. La alta presencia de depresión hallada en esta muestra, tanto en el embarazo como en el postparto, nos hace pensar en diferencias culturales y sociales, además de la influencia que pudo haber ejercido el hecho de recoger los datos en el hospital, que es un ámbito menos cercano que el centro de salud, si bien para poder confirmar esta hipótesis sería necesario replicarlo con una muestra más amplia y representativa recogida en los centros de salud.

Una de las mayores implicaciones clínicas que poseen los datos hallados es que es posible detectar a un porcentaje sustancial de mujeres que están en riesgo de sufrir depresión postparto evaluándolas durante el embarazo. De hecho, en nuestro estudio las puntuaciones altas en depresión durante el embarazo resultaron ser un fuerte predictor (OR= 17,50) de la depresión en el postparto. Se trataría, por tanto, en un importante porcentaje de casos (63,6%), no de depresión que surge en el postparto, sino de un estado depresivo que se arrastra desde el embarazo y que, de detectarse de forma temprana, podría tratarse y evitar que se prolongara al postparto con las consecuencias que de ello se derivan. A este respecto, las principales guías de práctica clínica señalan a la terapia

cognitivo conductual como uno de los tratamientos de referencia en este ámbito (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom, Burda, 2016).

Este estudio pretende, además, llamar la atención sobre un problema acallado por las propias mujeres y sus familiares, debido a la creencia de que el momento del nacimiento de un hijo socialmente es un evento feliz y debe aparentarse tal situación. Esto implica que todavía existe un gran tabú social a la hora de reconocer que una mujer puede sentirse deprimida durante el embarazo o tras el parto, dificultando así que pueda pedir ayuda y ser ayudada.

Mejorar la salud mental de las mujeres embarazadas es importante pues, tal y como se ha visto, la depresión prenatal es el principal precursor de la depresión postnatal (Bennett et al. 2004) y puede exponer al feto a diversos riesgos tales como mayor prematuridad y bajo peso al nacer (Marcus, 2009). En España destaca la escasez de recursos asistenciales específicos en salud mental perinatal. Dada la relevancia de este período de la vida tanto para las madres como para sus hijos, y las consecuencias de la depresión postparto sobre la mujer y el desarrollo del niño, creemos que los profesionales de la salud deben mantenerse alerta sobre este problema. Sería oportuno estudiar la viabilidad de poner en marcha un programa de cribado a nivel nacional, tal y como están haciendo otros países que fueron citados en la introducción, que detecte de manera rutinaria los posibles casos de riesgo de depresión postparto y que permita intervenir precozmente, con el objetivo de favorecer el bienestar psicológico de las mujeres durante el embarazo y el postparto.

Referencias

- American Psychiatric Association (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª ed. Barcelona: Masson (Orig. 1994).
- Adewuya, A., Olugun, Y. e Ibigbam, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113, 284-288.
- Ascaso, C., García-Esteve, L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J. y Tarragona, J. (2003). Prevalencia de la depresión postparto en las madres españolas: comparación con la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión postparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120, 326-329.
- Baker, C., Kamke, H., O'Hara, M. W. y Stuart, S. (2009). Web-based training for implementing evidence-based management of postpartum depression. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 22, 588-589.
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M.S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Rucci, P. y Cassabo, G.B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the perinatal depression-research & screening unit study. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 343-351.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- Beck, C. T. y Gable, R. K. (2003). Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research*, 52, 296-306.

- Bennett H. A., Einarson A., Taddio A., Koren G. y Einarson T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, *103*, 698-709.
- Boyd, R. C., Le, H. y Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, *3*, 141-153.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familiar relationships. *International Review of Psychiatry*, *15*, 243-255.
- Cox, J. L., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-787.
- Cox, J. L., Murray, D. y Chapman, G. A. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, *163*, 27-31.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E. y Benzie, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, *15*, 866-875.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H. y Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, *73*, 61-70.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O. y Opjordsmoen, S., (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 426-423.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta I. y de Corral, P. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, *21*, 249-269.
- Fatoye, F. O., Oladimeji, B. Y. y Adeyemi, A. B. (2006). Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 299-301.
- García-Esteve, L. I., Ascaso, C. y Ojuel, J. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, *75*, 71-76.
- García-Esteve, L., Navarro, P., Ascaso, C., Torres, A., Aguado, J., Gelabert, E. y Martín-Santos, R. (2008). Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Archives of Women's Health*, *3*, 193-200.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S. y Miller, W.C. (2005). *Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119*. AHRQ Publication No.05-E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M. C., Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afshar, S., Bovani, R., Castellini, G. y Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health*, *15*, 21-30.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in women. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 107-135.
- Gonadakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G. y Christoudoulou, G. N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 275-282.
- Halbreich, U. y Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *91*, 97-111.
- Haslam, D. V., Pakenham, K. I. y Smith A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, *27*, 276-291.

- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, H., Golding, J. y Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.
- IBM Corp. (2009). PASW Statistics 18.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. y Milgrom, J. (2010). A prospective investigation of the relationship among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 123, 317-320.
- Kim, Y., Hur, J., Kim, K., Oh, K. y Shin, Y. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 331-340.
- Kingston, D., Tough, S. y Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*. Avance online.
- Koo, V., Lynch, J. y Cooper, S. (2003). Risk of postnatal depression after emergency delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 4, 246-250.
- Lara, M. A., Berenzon, S., Juárez García, F., Medina-Mora, M. E., Natera Rey, G., Villatoro Velázquez, J. A. y Gutiérrez López, M. L. (2012). Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2, 102-108.
- Machado, F., García, T., Moya, N., Bernabéu, N. y Cerdá, R. (1997). Puerperal depression. Related factors. *Atención Primaria*, 20, 161-166.
- Marcus, S.M. (2009) Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-Motherisk Update 2008. *Canadian Journal Clinical Pharmacology*, 16, e15-e22.
- Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, M., Ferreiro, J. y Barreto, M. P. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 37-48.
- Melo Jr., E. F., Cecatti, J. G., Pacagnella, R. J., Leite, D., Vulcani, D. E. y Makuch M. Y. (2012). The prevalence of perinatal depression and its associated factors in two different settings in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 136, 1204-1208.
- Miyake, Y., Tanaka, K., Sasaki, S. y Hirota, Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: the Osaka maternal and child health study. *Journal of Affective Disorders*, 130, 133-137.
- Navarro, P., García-Esteve, Ll., Ascaso, C., Aguado, J., Gelabert, E. y Martín-Santos, R. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 109, 171-176.
- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C. y Burda, B.U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association*, 315, 388-406.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro*. Ginebra: Autor. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2003/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Mental Health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/en/index.html
- Patel, V., DeSouza, N. y Rodrigues, M. (2003). Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 34-37.
- Patten, S. B. (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence rates are too low. *BMC Psychiatry*, 9, 19.

- Paykel, E. S., Brugha T. y Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 5, 411-423.
- Pedrés-Roselló, A. (2007). Postpartum depression and childrearing style on child development. En A. Rosenfield (dirs.), *New Research on Postpartum Depression* (pp. 105-120). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Rubertsson, C., Waldenström, U. y Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 113-123.
- Ryan, J., Van Lieshout, R., Cleverley, K., Jenkins, J. M. y Georgiades, K. (2011). Assessing the measurement invariance of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale across immigrant and non-immigrant women in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 413-423.
- Salgado Barreira A., Maceira, M., López, M. y Atienza, G. (2010). Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 53, 215-222.
- Sebastián, E., Mas, N., Martín, M., Raja, M. I., Izquierdo, M. J., Valles, N. y Metola, M. (1999). Depresión postparto en el área de salud de Toledo. *Atención Primaria*, 24, 215-209.
- Sierra, J. M., Carro, T. y Ladrón, E. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión postparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria*, 30, 103-111.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid: TEA (Orig., 1970).
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A. y Figueiredo, B. (2014). Screening for Depression and Anxiety Disorders from Pregnancy to Postpartum with the EPDS and STAI. *Spanish Journal of Psychology*, 17, e7, 1-9.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N. y Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión postparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 76, 102-112.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M. D., Grant, B. F. y Hasin, D. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archive of General Psychiatry*, 65, 805-815.
- Vilouta, M., Álvarez, E., Borrajo, E. y González-González, A. (2006). Depresión en el postparto inmediato: factores de riesgo. *Clínica e Investigación Ginecológica y Obstétrica*, 33, 208-211.
- Webster, J., Linnane, J., Dibley, L. W. y Pritchard, M. (2000). Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 40, 409-412.
- Wisner, K. L., Logsdon, M. C. y Shanahan, B. R. (2008). Web-based education for postpartum depression: conceptual development and impact. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 377-385.
- Wisner, K. L., Sit, D. K., Hanusa, B. H., Moses-kolso, E. L., Bogen, D. L. Hunker, D. F., Perel, J.M., Jones-Ivy, S., Bosnar, L.M. y Singer, L.T. (2009). Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 166, 557-566.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Hegarty, K., Donath, S. y Brown S. J. (2012). Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 119, 315-323.

RECIBIDO: 18 de febrero de 2016

ACEPTADO: 15 de agosto de 2016