TESE DE DOUTORAMENTO

DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y POSTPARTO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

Mª Belén Vázquez Gómez

ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN NEUROCIENCIA E PSICOLOXÍA CLÍNICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA
2020

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

DECLARACIÓN DA AUTORA DA TESE

Depresión en el embarazo y postparto: prevalencia y factores asociados

Dna. Mª Belén Vázquez Gómez

Presento a miña tese, seguindo o procedemento axeitado ao Regulamento, e declaro que:

1) A tese abarca os resultados da elaboración do meu traballo.
2) De selo caso, na tese faise referencia ás colaboracións que tivo este traballo.
3) A tese é a versión definitiva presentada para a súa defensa e coincide coa versión enviada en formato electrónico.
4) Confirmo que a tese non incorre en ningún tipo de plaxio doutros autores nin de traballos presentados por min para a obtención doutros títulos.

En Santiago de Compostela, a 17 de Xullo de 2020

Asdo. Mª Belén Vázquez Gómez

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AUTORIZACIÓN DA DIRECTORA / TITORA DA TESE

Depresión en el embarazo y postparto: prevalencia y factores asociados

Dna. Mª del Carmen Míguez Varela, profesora do Departamento de Psicoloxía Clínica e Psicobioloxía da Facultade de Psicoloxía,

INFORMA:

Que a presente tese, correspóndese co traballo realizado por Dna. ***Mª Belén Vázquez Gómez****, baixo a miña dirección, e autorizo a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento da USC, e que como director desta non incorre nas causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.*

En Santiago de Compostela, a 17 de Xullo de 2020

Asdo. Mª del Carmen Míguez Varela

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

DECLARACIÓN DE CONFLITO DE INTERESES:

Depresión en el embarazo y postparto: prevalencia y factores asociados

Dna. Mª Belén Vázquez Gómez,

Declaro:

Non ter ningún conflito de interese no que respecta ao contido presentado nesta Tese de doutoramento.

En Santiago de Compostela, a 17 de Xullo de 2020

Asdo. Mª Belén Vázquez Gómez

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Mejorar el estado emocional de la mujer embarazada
es mejorar la salud de la sociedad
(Vivette Glover)

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas sin las cuales la realización de este estudio hubiera sido inviable. Todas y cada una de ellas han sido necesarias, en mayor o menor medida, para su consecución.

En primer lugar, quiero agradecer de manera muy especial y sincera a mi tutora y directora de tesis doctoral, la profesora Dra. M. Carmen Míguez Varela, la confianza depositada en mí al aceptarme bajo su tutela sin conocerme y aún cuando mi "perfil" no era ni mucho menos el más idóneo para llegar a buen puerto. Su apoyo incondicional y su capacidad para guiarme, su dedicación desmesurada y su infinita paciencia, no solo en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigadora.

Por supuesto, dar las gracias a todas las mujeres que participaron desinteresadamente en este estudio. Gracias por soportar mi insistencia, por atender mis llamadas y responder siempre. Gracias por compartir conmigo casi dos años de sus vidas, por confiarme sus miedos y desilusiones y contagiarme su fuerza y energía. Sin cada una de ellas nada hubiera sido posible. Espero estar a la altura y devolverles algún día, a éstas, y a tantas otras mujeres que se enfrentarán a la maternidad, algunos de sus deseos hechos realidad.

También tengo que agradecer a Don José Luis Doval Conde, jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, el haber dado su autorización para llevar a cabo este estudio. En particular, me gustaría dar las gracias a Esther Alvarez Silvares, jefa de la sección de obstetricia, por permitirme estar, salir y entrar de las consultas de seguimiento de embarazo sin ningún tipo de restricciones, por sus consejos y su apoyo incondicional. Y como no, dar las gracias a las matronas por su colaboración indispensable. Concretamente, agradecer a Elia, "matrona jefa" de las consultas de obstetricia, su inmensa ayuda en la captación de las mujeres, sus mimos, sus bromas y sus deliciosos desayunos.

Quisiera acordarme también de mis compañeras/os de trabajo y amigas/os del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Verín, especialmente de las matronas, ginecólogos/as y auxiliares de enfermería (Elena, Lorena, Patricia, Beni, Begoña, Javier,

Rogelio, Sonia y Quique) por ayudarme a lidiar esta batalla con sus palabras de ánimo constante.

Me gustaría también dar las gracias a Maite Alves Pérez por su disponibilidad y ayuda a la hora de realizar los análisis estadísticos de esta tesis.

Y, por supuesto, mi agradecimiento más sentido es para mi familia y amigos. Mis padres, mi hermana, mi pareja y especialmente para mis hijos, Alba y Hugo, que empezaron conmigo este estudio siendo dos precoces investigadores de cuatro y cinco años y que ahora ya se doctoran con nueve y diez. Gracias a todos por acompañarme, soportar mis encierros y mi aislamiento social. Gracias por quererme y animarme cada día.

USC
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo, en el que se evaluó a una muestra de 561 mujeres en 6 momentos: en el 1º, 2º y 3º trimestre de embarazo, así como a los 2, 6 y 12 meses postparto. Los objetivos fueron, en primer lugar, validar la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo como herramienta de cribado en el embarazo y, en segundo lugar, evaluar la prevalencia y factores asociados a la sospecha de depresión y a la depresión mayor en el embarazo y postparto. Para evaluar la depresión se utilizó la EPDS y la entrevista clínica SCID. Asimismo, se recogió información sociodemográfica, relacionada con el embarazo o parto y variables psicológicas. El punto de corte obtenido en la validación de la EPDS fue ≥ 10. La prevalencia de sospecha de depresión en el embarazo fue del 23,0%, 17,1% y 20,9% en 1º, 2º y 3º trimestre. En el postparto, la prevalencia fue del 30,3%, 26,0% y 25,3%, a los 2, 6 y 12 meses, respectivamente. Con respecto a la depresión mayor, la prevalencia en el embarazo fue del 5,2%, 3,9% y 4,6%, en 1º, 2º y 3º trimestre, y en el postparto del 10,3%, 10,9% y 14,8%, a los 2, 6 y 12 meses, respectivamente. Destacan como variables predictoras de la presencia de depresión el no amamantar y las variables psicológicas, concretamente, la mayor percepción de estrés, el haber presentado depresión en momentos o evaluaciones previas, así como tener ansiedad elevada y baja percepción de apoyo social. La EPDS demostró ser una escala válida y útil para el cribado de la depresión en el embarazo. Los resultados muestran una elevada prevalencia de depresión entre las mujeres de nuestra comunidad que, si bien varía a lo largo del periodo perinatal evaluado, ésta es más elevada en el postparto que en el embarazo, incluso al año postparto. Se espera que los resultados de esta investigación permitan implementar el cribado de la depresión durante el embarazo y postparto.

Palabras clave: depresión; embarazo; postparto; prevalencia; factores asociados; Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN 35
1. SALUD MENTAL Y GÉNERO 37
1. 1. La depresión en la mujer 39
2. LA SALUD MENTAL PERINATAL 42
2.1. Trastornos mentales perinatales 44
2.1.1. Depresión 45
2.1.2. Ansiedad 47
2.1.3. Estrés 48
2.1.4. Trastorno de estrés postraumático 49
2.1.5. Psicosis postparto 50
2.2. La atención a la salud mental perinatal en España 52
3. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL 55
3.1. Criterios diagnósticos de la depresión perinatal 55
3.2. Instrumentos de evaluación de la depresión perinatal 58
3.2.1. Instrumentos para el diagnóstico de la depresión perinatal 58
3.2.2. Instrumentos para el cribado de la depresión perinatal 58
3.2.2.1 Instrumentos generales 59
3.2.2.2 Instrumentos específicos 61
4. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL 66
4.1. Consecuencias de la depresión antenatal 67
4.1.1. Consecuencias de la depresión antenatal para la madre 67
4.1.2 Consecuencias de la depresión antenatal en los/as hijos/as 68
4.2. Consecuencias de la depresión en el postparto 70
4.2.1. Consecuencias de la depresión postparto para la madre 70
4.2.2. Consecuencias de la depresión postparto en los/as hijos/as 72
4.3. Suicidio materno y filicidio 74
5. LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO 75
5.1. Prevalencia de la depresión en el embarazo 77

5.1.1 Prevalencia de la depresión en el embarazo con cuestionarios de autoinforme 78
5.1.2. Prevalencia de la depresión en el embarazo con entrevista clínica 88
5.1.3. Prevalencia de la depresión en el embarazo en España 90
5.2. Variables asociadas a la depresión en el embarazo 93
5.2.1. Variables sociodemográficas 93
5.2.2. Variables relacionadas con el embarazo 96
5.2.3. Variables relacionadas con la salud 97
5.2.4. Variables psicológicas 98
5.2.4.1 Antecedentes de depresión 98
5.2.4.2 Ansiedad y estrés 99
5.2.4.3 Apoyo social 100
5.2.4.4 Síndrome Premenstrual (SP) y Trastorno Disfórico Premenstrual (SDP) 100
6. LA DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO 105
6.1. Prevalencia de la depresión postparto 105
6.1.1. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme 105
6.1.2 Prevalencia de la depresión postparto con entrevista clínica 119
6.1.3. Prevalencia de la depresión postparto en España 121
6.2. Trayectoria de la depresión perinatal 126
6.3. Variables asociadas a la depresión postparto 130
6.3.1. Variables sociodemográficas 130
6.3.2. Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto 133
6.3.3. Variables relacionadas con la salud 135
6.3.4. Variables psicológicas 136
6.3.4.1. Antecedentes de depresión 136
6.3.4.2. Ansiedad 137
6.3.4.3. Estrés 138
6.3.4.4. Apoyo social 139
6.3.4.5. Síndrome premenstrual/Trastorno disfórico premenstrual 140
7. OBJETIVOS DEL ESTUDIO, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS 147
7.1. Objetivos 147
7.2. Justificación del estudio 148
7.3. Hipótesis 152

II. MÉTODO 155
1. PARTICIPANTES 157
2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN 160
3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES 164
3.1. Variables evaluadas en el embarazo 164
3.2. Variables evaluadas en el postparto 165
4. PROCEDIMIENTO 167
5. ANÁLISIS DE LOS DATOS 171

III. RESULTADOS 173
1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO 175
1.1. Análisis sociodemográfico de la muestra 175
1.2. Análisis de variables relacionadas con el embarazo 177
1.3. Análisis de variables relacionadas con la salud 179
1.4. Análisis de variables psicológicas 181
2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS) COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA DEPRESIÓN ANTENATAL EN ESPAÑA 184
3. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y VARIABLES ASOCIADAS 186
3.1. Datos del primer trimestre de embarazo 186
3.1.1. Prevalencia de la depresión en el primer trimestre 186
3.1.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre 187
3.1.2.1. Variables sociodemográficas 187
3.1.2.2. Variables relacionadas con el embarazo 188
3.1.2.3. Variables relacionadas con la salud 189
3.1.2.4. Variables psicológicas 190
3.1.3. Predictores de la sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo 192
3.1.4 Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre. 193
3.1.4.1 Variables sociodemográficas 193
3.1.4.2 Variables relacionadas con el embarazo 194
3.1.4.3. Variables relacionadas con la salud 195
3.1.4.4. Variables psicológicas 196

3.1.5. Predictores de la depresión mayor en el primer trimestre de embarazo 198
3.2. Datos del segundo trimestre de embarazo 199
3.2.1. Prevalencia de la depresión en el segundo trimestre de embarazo 199
3.2.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre 200
3.2.2.1. Variables sociodemográficas 200
3.2.2.2. Variables relacionadas con el embarazo 201
3.2.2.3. Variables relacionadas con la salud 202
3.2.2.4. Variables psicológicas 203
3.2.3. Predictores de la sospecha de depresión en el segundo trimestre 205
3.2.4. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre 206
3.2.4.1. Variables sociodemográficas 206
3.2.4.2. Variables relacionadas con el embarazo 208
3.2.4.3 Variables relacionadas con la salud 209
3.2.4.4. Variables psicológicas 209
3.2.5. Predictores de la depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo ... 212
3.3. Datos del tercer trimestre de embarazo 213
3.3.1. Prevalencia de la depresión en el tercer trimestre de embarazo 213
3.2.2. Caracerísticas de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre 213
3.3.2.1. Variables sociodemográficas 213
3.3.2.3. Variables relacionadas con la salud 216
3.3.2.4. Variables psicológicas 217
3.3.3. Predictores de la sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo 219
3.3.4. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre. 220
3.3.4.1. Variables sociodemográficas 220
3.3.4.2. Variables relacionadas con el embarazo 221
3.3.4.3. Variables relacionadas con la salud 223
3.3.4.4. Variables psicológicas 223
3.3.5. Predictores de la depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo 226
3.4. Evolución de la depresión durante el embarazo 227
4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL POSTPARTO 229
4.1. Análisis sociodemográfico de la muestra 229

4.2. Análisis de variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto 231
4.3. Análisis de variables psicológicas 238
5. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO Y VARIABLES ASOCIADAS 241
5.1. Datos de los 2 meses postparto 241
5.1.1. Prevalencia de la depresión a los 2 meses postparto 241
5.1.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto 242
5.1.2.1. Variables sociodemográficas 242
5.1.2.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto 243
5.1.2.3. Variables psicológicas 246
5.1.3. Predictores de la sospecha de depresión a los 2 meses postparto 249
5.1.4. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto 250
5.1.4.1. Variables sociodemográficas 250
5.1.4.2. Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto 251
5.1.4.3. Variables psicológicas 254
5.1.5. Predictores de la depresión mayor a los 2 meses postparto 256
5.2. Datos de los 6 meses postparto 258
5.2.1. Prevalencia de la depresión a los 6 meses postparto 258
5.2.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto 258
5.2.2.1. Variables sociodemográficas 258
5.2.2.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto. 260
5.2.2.3. Variables psicológicas 263
5.2.3. Predictores de la sospecha de depresión a los 6 meses postparto 266
5.2.4. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto 267
5.2.4.1. Variables sociodemográficas 267
5.2.4.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto 268
5.2.4.3. Variables psicológicas 271
5.2.5. Predictores de la depresión mayor a los 6 meses postparto 274
5.3. Datos de los 12 meses postparto 275
5.3.1. Prevalencia de la depresión a los 12 meses postparto 275

5.3.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto 275
5.3.2.1. Variables sociodemográficas 275
5.3.2.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto 277
5.3.2.3. Variables psicológicas 280
5.3.3. Predictores de la sospecha de depresión a los 12 meses postparto 282
5.3.4. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto 284
5.3.4.1. Variables sociodemográficas 284
5.3.4.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto 285
5.3.4.3. Variables psicológicas 289
5.3.5. Predictores de la depresión mayor a los 12 meses postparto 291
5.4. Evolución de la depresión durante el postparto 293
5.5. Evolución de la depresión durante el embarazo y postparto 295
5.6. Prevalencia de la depresión perinatal contínua 296
5.6.1. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua 296
5.6.1.1. Variables sociodemográficas 297
5.6.1.2. Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto 299
5.6.1.3. Variables relacionadas con la salud 303
5.6.1.4. Variables psicológicas 304

IV. DISCUSIÓN 311

1. VALIDACIÓN DE LA EPDS COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO 313
2. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO 317
3. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL EMBARAZO 320
4. VARIABLES ASOCIADAS A LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN Y A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL EMBARAZO 322
5. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO 331
6. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL POSTPARTO 335
7. VARIABLES ASOCIADAS A LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN Y A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL POSTPARTO 337
8. TRAYECTORIA DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO 348
9. PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN CONTÍNUA 351

10. LIMITACIONES, FORTALEZAS E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO 353

V. CONCLUSIONES 359

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 365

VII. APÉNDICES 423

APÉNDICE 1. Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia 425
APÉNDICE 2. Consentimiento informado 427
APÉNDICE 3. Cuestionario del primer trimestre de embarazo 429
APÉNDICE 4. Cuestionario del segundo trimestre de embarazo 431
APÉNDICE 5. Cuestionario del tercer trimestre de embarazo 433
APÉNDICE 6. Cuestionario de los 2 meses postparto 435
APÉNDICE 7. Cuestionario de los 6 meses postparto 437
APÉNDICE 8. Cuestionario de los 12 meses postparto 439
APÉNDICE 9. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) 441
APÉNDICE 10. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) 443
APÉNDICE 11. Escala de Estrés Percibido (PSS) 445
APÉNDICE 12. Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk 447
APÉNDICE 13. The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) 449

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según DSM-V. 57

Tabla 2. Prevalencia de la depresión durante el embarazo con cuestionarios de autoinforme por trimestre y país. 85

Tabla 3. Prevalencia de la depresión en el embarazo con cuestionarios de autoinforme por país. 87

Tabla 4. Prevalencia de la depresión durante el embarazo con entrevista clínica por trimestre y país. 90

Tabla 5. Prevalencia de la depresión en el embarazo en España.....92

Tabla 6. Variables asociadas a la depresión durante el embarazo.....101

Tabla 7. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme por país. 114

Tabla 8. Prevalencia de la depresión postparto con entrevista clínica por país.....120

Tabla 9. Prevalencia de la depresión postparto en España. 125

Tabla 10. Prevalencia de la depresión perinatal con cuestionarios de autoinforme por país. 127

Tabla 11. Prevalencia de la depresión perinatal con entrevista clínica por país. 128

Tabla 12. Prevalencia de la depresión perinatal en España. 129

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto 141

Tabla 15. Resumen de las variables recogidas en cada momento de evaluación. 166

Tabla 16. Características sociodemográficas de la muestra en el embarazo. 176

Tabla 17. Influencia del embarazo en la situación laboral. 177

Tabla 18. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo. 178

Tabla 19. Complicaciones en el embarazo. 179

Tabla 20. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con la salud en el embarazo (peso y consumo de sustancias). 180

Tabla 21. Consumo de tabaco en el embarazo. 180

Tabla 22. Modificación de hábitos de vida en el embarazo. 181

Tabla 23. Descripción de la muestra en el embarazo en función de variables psicológicas..... 182

Tabla 24. Ansiedad estado e ideación suicida en el embarazo. 183

Tabla 25. Valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y precisión general para diferentes puntos de corte de la EPDS en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo para la depresión combinada (mayor y menor). 184

Tabla 26. Valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y precisión general para diferentes puntos de corte de la EPDS en todo el embarazo para la depresión combinada (mayor y menor). 185

Tabla 27. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas..... 187

Tabla 28. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo..... 188

Tabla 29. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de variables relacionadas con la salud. 189

Tabla 30. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas..... 190

Tabla 31. Predictores de la sospecha de depresión en el primer trimestre. 192

Tabla 32. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas. 193

Tabla 33. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo..... 194

Tabla 34. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso..... 195

Tabla 35. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas. 197

Tabla 36. Predictores de la depresión mayor en el primer trimestre. 199

Tabla 37. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas..... 200

Tabla 38. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo. 201

Tabla 39. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso. 202

Tabla 40. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables psicológicas. 204

Tabla 41. Predictores de la sospecha de depresión en el segundo trimestre. 205

Tabla 42. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas. 207

Tabla 43. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo. 208

Tabla 44. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso. 209

Tabla 45. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables psicológicas. 210

Tabla 46. Predictores de la depresión mayor en el segundo trimestre. 212

Tabla 47. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas. 214

Tabla 48. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo. 215

Tabla 49. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre en función del peso del/a recién nacido/a. 216

Tabla 50. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso. 216

Tabla 51. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas. 217

Tabla 52. Predictores de la sospecha de depresión en el tercer trimestre. 219

Tabla 53. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas. 220

Tabla 54. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo. 222

Tabla 55. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre en función del/a peso del recién nacido/a 222

Tabla 56. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso 223

Tabla 57. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas. 224

Tabla 58. Predictores de la depresión mayor en el tercer trimestre. 226

Tabla 59. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el embarazo 228

Tabla 60. Situación laboral e influencia de la maternidad en la situación laboral. 230

Tabla 61. Influencia de la maternidad en la relación de pareja. 231

Tabla 62. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto. 232

Tabla 63. Complicaciones durante el parto y relacionadas con el parto 234

Tabla 64. Presencia de complicaciones en el/a recién nacido/a relacionadas con el parto. 235

Tabla 65. Presencia de malformaciones y/o enfermedades en el/la recién nacido/a y necesidad de hospitalización. 235

Tabla 66. Decisión de la madre con respecto a la lactancia materna y alimentación del recién nacido/a 237

Tabla 67. Peso de la madre. 237

Tabla 68. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas en el postparto. 239

Tabla 69. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 242

Tabla 70. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo. 243

Tabla 71. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y postparto. 244

Tabla 72. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas. 247

Tabla 73. Predictores de la sospecha de depresión a los 2 meses postparto. 250

Tabla 74. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 250

Tabla 75. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo 251

Tabla 76. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y el postparto. 252

Tabla 77. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas. 255

Tabla 78. Predictores de la depresión mayor a los 2 meses postparto. 257

Tabla 79. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 259

Tabla 80. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo. 260

Tabla 81. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y postparto. 261

Tabla 82. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función del peso 263

Tabla 83. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables psicológicas. 264

Tabla 84. Predictores de la sospecha de depresión a los 6 meses postparto. 267

Tabla 85. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas. 268

Tabla 86. Características de las mujeres con depresión a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo. 269

Tabla 87. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y el postparto. 270

Tabla 88. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función del peso 271

Tabla 89. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de variables psicológicas. 272

Tabla 90. Predictores de depresión mayor a los 6 meses postparto..... 274

Tabla 91. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas..... 276

Tabla 92. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo..... 277

Tabla 93. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y postparto..... 278

Tabla 94. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función del peso..... 280

Tabla 95. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables psicológicas..... 281

Tabla 96. Predictores de la sospecha de depresión a los 12 meses postparto..... 284

Tabla 97. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas..... 285

Tabla 98. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo..... 286

Tabla 99. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y el postparto..... 287

Tabla 100. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función del peso..... 289

Tabla 101. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables psicológicas..... 290

Tabla 102. Predictores de la depresión mayor a los 12 meses postparto..... 292

Tabla 103. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el postparto..... 294

Tabla 104. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables sociodemográficas..... 298

Tabla 105. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables relacionadas con el embarazo..... 300

Tabla 106. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables relacionadas con el parto y postparto.....301

Tabla 107. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de la lactancia materna. 302

Tabla 108. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función del consumo de café, té y alcohol. 303

Tabla 109. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función del peso. 304

Tabla 110. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables psicológicas. 305

Tabla 111. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos. 305

Tabla 112. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de las puntuaciones medias en los test psicológicos en el periodo perinatal.....306

Tabla 113. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión contínua. 309

Tabla 114. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el embarazo y postparto. 363

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Composición de la muestra en los diferentes momentos 159

Figura 2. Momentos e instrumentos de evaluación en el embarazo y postparto 170

Figura 3. Prevalencia de la depresión en el primer trimestre de embarazo 186

Figura 4. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 191

Figura 5. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 198

Figura 6. Prevalencia de la depresión en el segundo trimestre de embarazo 199

Figura 7. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos 204

Figura 8. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de la edad 207

Figura 9. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos 211

Figura 10. Prevalencia de la depresión en el tercer trimestre de embarazo 213

Figura 11. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 218

Figura 12. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de la edad. 221

Figura 13. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 225

Figura 14. Evolución de la sospecha de depresión y de la depresión mayor durante el embarazo. 227

Figura 15. Prevalencia de la depresión a los 2 meses postparto 241

Figura 16. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función del peso del recién nacido. 245

Figura 17. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de los niveles de satisfacciónen en el embarazo y el parto. 246

Figura 18. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 248

Figura 19. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto. 253

Figura 20. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna..... 253

Figura 21. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función del peso ganado. 254

Figura 22. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos..... 256

Figura 23. Prevalencia de la depresión a los 6 meses postparto 258

Figura 24. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna. 262

Figura 25. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de los niveles de satisfacción. 263

Figura 26. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 265

Figura 27. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función del grado de satisfacción con el embarazo y el parto. 271

Figura 28. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de las puntuaciones obtenidas en los tests psicológicos. 273

Figura 29. Prevalencia de la depresión a los 12 meses postparto. 275

Figura 30. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna. 279

Figura 31. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto. 279

Figura 32. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 282

Figura 33. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna. 288

Figura 34. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto. 288

Figura 35. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos. 291

Figura 36. Trayectoria de la sospecha de depresión y de la depresión mayor en el postparto. 293

Figura 37. Evolución de la depresión en función del momento e instrumento de evaluación. 295

Figura 38. Prevalencia contínua de la depresión 296

Figura 39. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de los niveles de satisfacción.....302

Figura 40. Evolución de las puntuaciones en ansiedad estado en función de la depresión contínua. ..307

Figura 41. Evolución de las puntuaciones en estrés percibido en función de la depresión contínua. ..307

Figura 42. Evolución de las puntuaciones en apoyo social en función la depresión contínua. 308

Figura 43. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de las puntuaciones medias en ansiedad rasgo y síntomas premestruales. 308

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

I. INTRODUCCIÓN

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. SALUD MENTAL Y GÉNERO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene haciendo hincapié en que para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades (WHO, 2002).

El género es un factor determinante de la salud, incluida la salud mental. Los estudios sobre mujeres, género y salud son cada vez más frecuentes (Castaño-López, Plazaola-Castaño, Bolívar-Muñoz, y Ruiz-Pérez, 2006). A pesar de ello, durante mucho tiempo la perspectiva de género ha estado excluida de las cuestiones relacionadas con la salud mental (Fedeafes, 2014) y, por tanto, ha estado ausente en las investigaciones (Castaño-López et al., 2006). Por ello, históricamente numerosos estudios se han centrado en una población masculina, asumiendo que los resultados podían ser automáticamente generalizados a las mujeres. Sin embargo, existe una clara dimensión de género en el campo de la salud mental (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005). De hecho, las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales que los hombres (Alonso et al., 2004; Haro et al., 2006). Concretamente, en Europa, el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) proyect (Alonso et al., 2004), halló que un 25,0% de la población había presentado un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia - vida) y un 9,6% en los últimos 12 meses (prevalencia - año). Estas prevalencias fueron mayores en las mujeres que en los hombres, tanto la prevalencia-vida (28,1% vs. 21,6%) como la prevalencia-año (12,0% vs. 7,1%). En el informe Health at a Glance: Europe 2018 (OECD/EU, 2018), se estima que una de cada seis personas de los países de la Unión Europea (17,3%) tiene un problema de salud mental, siendo los trastornos más prevalentes la ansiedad (5,4%) y la depresión (4,5%). Ambos, junto con los trastornos bipolares, son más comunes entre las mujeres.

En la investigación de ESEMeD-España (Haro et al., 2006), los resultados muestran la misma tendencia. Concretamente, en nuestro país, el 19,5% de la población había presentado un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8,4% en los últimos 12 meses. Del mismo modo, la prevalencia fue mayor en las mujeres, tanto la prevalencia-vida (22,93% vs

15,67%) como la prevalencia-año (11,44% vs 5,25%). Así mismo, este estudio halló que ser mujer era un factor de riesgo para tener un trastorno mental, así como el estar separado/a, divorciado/a, viudo/a, desemplado/a, de baja laboral o con una incapacidad. Igualmente, en los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud (2017) se confirma que las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres (14,1% vs. 7,2%).

En otro estudio llevado a cabo por Bones, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols (2010) sobre la prevalencia de los problemas de salud mental en España, se encontraron resultados similares. Así, este trabajo muestra una mayor prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres (24,6%) que en los hombres (14,7%).

Cabe destacar que, desde una perspectiva de género, la prevalencia depende del tipo de trastorno que se evalúe. De hecho, las conclusiones del estudio europeo *The gender perspective of mental health in Europe* (Executive Agency for Health and Consumers, 2011) confirman que en la mayoría de los países europeos las mujeres sufren más problemas de salud mental a lo largo de la vida que los hombres, a excepción de Bélgica, Rumanía y Alemania, donde hombres y mujeres parecen padecerlos por igual). Además, las mujeres sufren de más trastornos internalizantes y los hombres de más trastornos externalizantes. Concretamente, la prevalencia más elevada de trastornos internalizantes en las mujeres se encontró en Francia (44,5%) y de trastornos externalizantes en los hombres en Irlanda del Norte (22,4%). Tal es así, que las mujeres están dos veces más afectadas que los hombres de trastornos del estado de ánimo y/o ansiedad, mientras que los hombres son alrededor de cuatro veces más propensos a sufrir trastornos relacionados con el uso de sustancias, comportamiento antisocial y trastornos del control de impulsos (Seedat et al., 2009).

En cuanto al uso de los servicios de salud mental, en Europa las mujeres hacen un mayor uso que los hombres de todos los servicios de salud, así como un mayor consumo de psicofármacos (Executive Agency for Health and Consumers, 2011). Estos hábitos tienen que ver también con los estereotipos de género que existen en cuanto al estigma en diferentes aspectos de la salud mental. El estudio llevado a cabo en España, *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma* (Cazzaniga y Suso, 2015) hace referencia a estos aspectos. En él se resalta el hecho de que las mujeres experimentan frecuentemente un doble estigma que tiene que ver con su posición estructuralmente menos

favorable en la sociedad en función del género, combinada con el estigma propio que supone tener un trastorno mental. Concretamente, existen diferencias por género en el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades y, por tanto, también de los trastornos mentales. En este sentido, las mujeres, más propensas a sufrir depresión o fibromialgia, son tratadas con psicofármacos (ansiolíticos o antidepresivos) en las consultas de atención primaria, al menos, el doble que los hombres (Markez et al., 2004). Además, a ellos se les hacen más pruebas físicas para descartar la organicidad de su dolencia que a ellas, a quienes se presupone mayor propensión a problemas psicológicos. Esta situación se explica, fundamentalmente, por el peso de los estereotipos de género entre los/as profesionales de la salud. Las mujeres experimentan, de manera patente, el estigma que tiene que ver con la expectativa social de su género: cuando su trastorno les impide realizar las tareas tradicionalmente asociadas al género femenino (cuidar de la familia, ocuparse de la casa, etc.) son doblemente juzgadas. O, por el contrario, cuando su trastorno presenta síntomas que tienen que ver con comportamientos ligados tradicionalmente al género masculino (consumo de sustancias tóxicas o práctica compulsiva de relaciones sexuales) son culpabilizadas por dichos actos (Cazzaniga y Suso, 2015). Además, es común la queja entre las mujeres con enfermedad mental de que no se proporciona ninguna o muy poca importancia a su vida sexual y, por tanto, se vulneran sus derechos sexuales y reproductivos. En situaciones similares, las mujeres que no tienen un trastorno mental son informadas sobre las posibilidades de planificación familiar, mientras que quienes tienen enfermedad mental no reciben asesoramiento (Cazzaniga y Suso, 2015).

1. 1. LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

En la depresión se aprecian las diferencias de género de forma más consistente que en otros trastornos, pues los del estado de ánimo son más prevalentes en las mujeres. Los estudios epidemiológicos apuntan a un predominio de la prevalencia, incidencia y morbilidad en la mujer a padecer trastornos depresivos. Por ejemplo, el estudio ESEMeD-Europa (Alonso et al., 2004) halló que el trastorno depresivo mayor era el más prevalente entre las mujeres con una prevalencia-vida del 16,5% frente al 8,9% de los hombres. También fue mayor la prevalencia-año (5,0% vs. 2,6%). Igualmente, en el informe Health at a Glance: Europe 2018 (OECD/EU, 2018), se informa de una mayor prevalencia de depresión en las mujeres (8,8%) que en los hombres (5,3%).

Por otro lado, el estudio ESEMeD-España (Haro et al., 2006) confirma los mismos hallazgos, siendo el episodio depresivo mayor el más prevalente con un 14,4% de prevalencia-vida en las mujeres frente al 6,3% en los hombres. Del mismo modo, la prevalencia-año resultó ser mayor entre las mujeres (5,6% vs. 2,2%). En la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2017) se informa de una prevalencia de depresión del 6,7%. Se estima que la prevalencia de tener un trastorno depresivo en mujeres es el doble (OMS, 2018; Patten, 2009), más del doble (Alonso et al., 2004; Miniterio de Sanidad, 2017; Haro et al., 2006) e incluso el triple (Confederación Salud Mental España, 2018) que la de los varones.

Las investigaciones indican que las diferencias de género en depresión emergen en la adolescencia. En la infancia las niñas no parecen estar más deprimidas que los niños (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, y Nelson, 1993; Rudolph y Flynn, 2007). Sin embargo, con el inicio de la pubertad la distribución de la depresión cambia radicalmente y se establece el 2:1 en la ratio mujeres: hombres, manteniéndose durante la vida adulta.

Debido a este aumento de la prevalencia de la depresión y de otros trastornos afectivos a partir de esta etapa de la vida donde se inicia la menarquía, las hormonas sexuales han recibido mucha atención. Tradicionalmente, a los desajustes hormonales se les ha atribuido un papel central en cualquier diferencia de salud entre hombres y mujeres. En la pubertad hay un aumento de los estrógenos y se inicia una producción cíclica y variaciones de los mismos. Esta repentina aparición de elevados niveles de estrógenos en la pubertad altera la sensibilidad de determinados sistemas de neurotransmisión que están implicados en el control del afecto y el comportamiento (Steiner, Dunn, y Born, 2003). Además, a lo largo de los años reproductivos (fase lútea del ciclo menstrual) se produce un constante flujo en los niveles de estrógenos y progesterona por lo que determinados sistemas de neurotransmisión están constantemente disminuyendo o aumentando, pudiendo influir en el estado de ánimo, agravando un cuadro subyacente, provocando la aparición de un trastorno afectivo o induciendo la aparición de algún trastorno de forma periódica. El síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual parecen ser resultado de esta actividad (Aloysi, Van Dyk, y Sano, 2006; Roca, Schmidt, Bloch, y Rubinow, 1996; Seeman, 2012).

En el embarazo y fases subsiguientes, parto, puerperio y lactancia, la fluctuación hormonal está especialmente presente pues, en esta etapa, se producen profundos cambios

endocrinos. Por ejemplo, estrógenos y progesterona mantienen niveles elevados en el embarazo para, posteriormente, una vez se expulsa la placenta, disminuir de forma brusca e intensa. Del mismo modo, la prolactina disminuye drásticamente en madres no lactantes a las dos semanas postparto. Por último, la oxitocina, hormona responsable del parto y la lactancia y coloquialmente conocida como la hormona de la calma, el amor y la sanación (Moberg, 2009) alcanza su pico máximo durante el parto y puerperio inmediato y se mantiene en niveles elevados en las mujeres lactantes, no siendo así en el resto de las madres, en las cuales los niveles de oxitocina son más bajos. Todos estos cambios afectan al sistema neuroendocrino, aumentando o disminuyendo colateralmente la producción de hormonas como la serotonina y el cortisol, entre otras. Es significativo que, esta intensa fluctación hormonal tenga lugar en el embarazo y el periodo postparto, los dos momentos de la vida de la mujer más vulnerables para el desarrollo y/o recaída en ciertos trastornos mentales (Kamysheva, Skouteris, Wertheim, Paxton, y Milgrom, 2010; Smith, Shao, Howell, Lin y Yonkers, 2011). Concretamente, la coincidencia de la aparición del primer episodio depresivo con el puerperio es frecuente e incrementa el riesgo para futuros episodios depresivos puerperales (Cox, Murray, y Chapman, 1993). Además, en los primeros 6 meses postparto aumenta de forma significativa la incidencia de ingresos psiquiátricos respecto a otros periodos de la vida de la mujer (Cox et al., 1993).

Por último, en la menopausia, los niveles de estrógenos también disminuyen y la pérdida de los efectos moduladores de éstos junto con la progesterona es una de las principales razones para el desarrollo de trastornos afectivos en el período perimenopáusico (Steiner, Dunn, y Born, 2003).

Por otro lado, desde un modelo psicosocial se ha planteado que la mayor vulnerabilidad de las mujeres hacia la depresión deriva de la internalización de expectativas asociadas a los roles femeninos tradicionales. Aunque en la sociedad occidental actual la mujer tiende a tener un papel más importante en la vida social que antaño, los prejuicios sobre las responsabilidades de la mujer en la sociedad y en la familia se mantienen. De hecho, la mujer suele tener que compaginar el trabajo fuera de casa con el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos/as (y de ancianos y/o enfermos si los hay), lo que supone una fuente añadida de estrés (Mirowsky, 1996). Según la encuesta de conciliación de trabajo y familia (Instituto Nacional de Estadística, 2018), en términos generales, las mujeres dedican el doble

de tiempo que los hombres a tareas no remuneradas relacionadas con el hogar y el cuidado de personas a cargo.

Así mismo, Nolen-Hoeksema et al. (1999) plantearon que las mujeres utilizan peores estrategias de afrontamiento (ej., rumiación) frente a la depresión que los hombres, hecho que provoca que experimenten más sucesos negativos y tengan menos control sobre diferentes áreas de la vida. La baja autoestima también se ha asociado con los síntomas depresivos (Beeber, 1999). En las mujeres la autoestima puede verse afectada por la discriminación social y económica en la que muchas se encuentran. A pesar de que la mujer tiende a tener un papel más importante hoy en día, no hay que olvidar que, en España, en el año 2016, la brecha salarial de género fue de 10,8% en la jornada a tiempo completo y del 14,5% en la jornada a tiempo parcial (Instituto Nacional de Estadística, 2018). Además, el desempleo afecta más a las mujeres que a los hombres (106.800 mujeres desempleadas más que hombres), según los datos que se desprenden de la Encuesta de Población Activa (EPA) del tercer trimestre de 2018 (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Por tanto, las diferencias de género en la depresión no sólo vienen dadas por la manera en la cual las mujeres expresan su sintomatología o están dispuestas a pedir ayuda y por la manera en que los profesionales la ofrecen basados en estereotipos de género. Estas diferencias han sido atribuidas también a otros factores como son los desajustes hormonales, los factores sociales, psicológicos y culturales (Matud, Guerrero, y Matías, 2006).

2. LA SALUD MENTAL PERINATAL

En el año 1858, el médico francés Louis Victor Marcé publicó un libro monográfico sobre los trastornos mentales del embarazo y puerperio, que se considera el primer tratado de psiquiatría perinatal. Era el “Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices” (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas). En este tratado, Marcé describió el embarazo y puerperio como un periodo de vulnerabilidad psíquica específica. Con una visión clínica y empírica, fue un pionero que ya habló del mayor riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal en mujeres con trastornos psiquiátricos, del efecto del estado mental materno en el neurodesarrollo fetal, e hizo una completa descripción clínica de la psicosis puerperal. Definió, además, la lactancia

como un "estado puerperal prolongado" y mencionó que el destete abrupto podría ser causa de descompensación psíquica en algunas madres. Describió las preocupaciones, ansiedades, cansancios, desesperanzas, obsesiones, etc., de gestantes y puérperas. Habló con sorprendente precisión de la importancia de los trastornos afectivos en el puerperio, de su prevalencia y de la importancia de la prevención de los mismos. Murió con tan sólo 36 años tras haber publicado dos libros de psiquiatría y más de 25 artículos científicos sobre el tema. Sin embargo, su obra fue prácticamente ignorada durante más de 150 años (Trede, Baldessarini, Viguera, y Bottéro, 2009) hasta que a finales de los años 70 tres expertos en salud mental perinatal (Channi Kumar, James Hamilton e Ian Brockington), decidieron formar la sociedad internacional Marcé Society que lleva su nombre en honor a este médico. Dicha sociedad es referente en el estudio, la comprensión, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales relacionados con el embarazo, parto y posparto.

Hoy en día es sabido que dos momentos de la vida de la mujer en los que aumenta la vulnerabilidad para el desarrollo y/o recaída en ciertos trastornos mentales son el embarazo y el período postparto (Kamysheva et al., 2010; Smith, et al., 2011; Wisner et al., 2009), pues implican importantes cambios biológicos, psicológicos, familiares y sociales a los que las mujeres deben hacer frente (van Bussel, Spitz y Demyttenaere, 2009).

Con respecto a los cambios biológicos, la mayoría son debidos a la presencia y fluctuación en los niveles de determinadas hormonas. En el apartado anterior se mencionaba su posible influencia en el estado de ánimo, pero también son responsables de algunas de las alteraciones físiológicas más comunes durante la gestación. A su vez, estos cambios fisiológicos pueden ser desencadenantes de una depresión (Rodriguez-Muñoz, Le, Lara, Jaffe, 2019). Por ejemplo, la hormona Gonadotropina Coriónica Humana (HCG) solamente se produce en el embarazo. Se encuentra en el plasma y en la orina materna y sus niveles aumentan drásticamente hasta las 12 semanas de gestación. Es la responsable de los episodios de náuseas y vómitos frecuentes en las mujeres en este periodo. Los estrógenos, cuyos niveles se encuentran aumentados durante el embarazo, favorecen la aparición de estrías y arañas vasculares, gingivitis, congestión nasal y epistaxis, entre otros. La progesterona, también elevada, puede provocar hipersensibilidad mamaria, pirosis, estreñimiento e interviene en la hiperpigmentación de la piel dando lugar, entre otras, a las manchas oscuras que aparecen con frecuencia en el rostro de las embarazadas. Todos estos cambios pueden ocasionar malestar y, en algunos casos, suponen alteraciones en la imagen corporal y provoca temor a no recuperar

la imagen previa. De igual forma, debido a las molestias físicas puede resultar difícil conciliar y mantener un sueño reparador (Kamysheva et al., 2010).

A nivel psicológico las mujeres embarazadas suelen tener preocupaciones y presentar ansiedad por diferentes motivos. Por ejemplo, el miedo a la pérdida del feto o a lesionarlo inadvertidamente, a que el bebé nazca con algún tipo de enfermedad, a no ser una buena madre o no saber atender bien a las demandas del niño. El más común de todos es el temor al parto, no solo por la idea de dolor que lleva asociada, sino también por el miedo a que surjan complicaciones en el mismo, y por saber si el bebé estará bien. Así mismo, los cambios que se producen a nivel social van a ser palpables tanto en la relación con la pareja como con familiares, amigos y a nivel ocupacional y laboral, puesto que todo se va a ver condicionado por los cuidados del niño (Martín y Crespo, 1999).

Tras el parto, la mujer debe adaptarse a una vida de cuidado de su hijo/a, iniciar la lactancia, reponerse del agotamiento físico y sufrir los cambios hormonales de este período. El parto constituye, para la mayoría de las mujeres, un momento de sus vidas de excitación y euforia; sin embargo, también es un período de vulnerabilidad psicológica asociado a diversos trastornos (Lahera, 2007). Es por ello que su aparición en el embarazo y en el postparto están despertando un creciente interés entre los investigadores.

2.1. TRASTORNOS MENTALES PERINATALES

Los trastornos mentales perinatales hacen referencia a los trastornos psicológico/psiquiátricos que tienen lugar durante el embarazo y hasta un año después del parto. Este concepto abarca tanto las enfermedades específicas del postparto, tales como la depresión postparto y la psicosis puerperal, como otros trastornos mentales que pueden ocurrir en esta etapa (O'Hara y Wisner, 2014).

A pesar de que la existencia de trastornos mentales en el puerperio es conocida desde hace tiempo, el estudio y el tratamiento de los mismos asociados a la vida reproductiva de la mujer no han alcanzado entre la comunidad científica la importancia que merecen (García-Esteve y Valdés-Miyar, 2017). Durante años se ha sostenido la creencia de que la maternidad era un factor protector para la salud psíquica de la mujer. Los síntomas psicopatológicos se

han considerado inherentes al embarazo o al puerperio, por consiguiente, no se han diagnosticado ni tratado (Navarro, Torres, Subirá y Garcia - Esteve, 2017).

Se estima que una de cada cinco mujeres desarrolla un trastorno mental durante el embarazo y/o hasta un año después del parto (Catalao, Howard, Jones, y McDonald, 2014; National Childbirth Trust, 2017). La depresión y la ansiedad, el "baby blues" y el trastorno por estrés postraumático son algunos de los más prevalentes en el periodo perinatal. La psicosis puerperal, es menos prevalente, pero especialmente grave.

2.1.1. Depresión

La depresión es el trastorno mental más prevalente en el periodo perinatal (Alipour, Lamyian, y Hajizadeh, 2012). Se estima que su prevalencia oscila entre el 9,0% y el 16,0% (Schmied et al., 2013; Underwood, Waldie, D'Souza, Peterson, y Morton, 2016; Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, y Harris, 2017), si bien las tasas de prevalencia varían dependiendo del instrumento de evaluación utilizado y del momento en que se ha llevado a cabo la evaluación. La depresión perinatal constituye un importante problema de salud pública, tanto por los costes que supone para los sistemas de salud como por las repercusiones negativas que ocasiona en las madres, padres e hijos/as (Gutierrez-Galve, Stein, Hanington, Heron, y Ramchandani, 2015; Ramchandani, Stein, Evans, O'Connor, y ALSPAC study team, 2005). Tanto la depresión antenatal como la depresión postparto serán tratadas de forma monográfica más adelante como objeto de estudio de este trabajo. No obstante, cabe mencionar con respecto a la depresión, un trastorno específico del periodo postparto, el llamdo *baby blues*, *maternity blues o depresión postparto leve.*

El *baby blues* es la manifestación psicopatológica más leve y más prevalente en el postparto (Bruno et al., 2018; Cohen et al., 2010; Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas, y Christodoulou, 2007). Se trata de un síndrome muy conocido que fue descrito por primera vez en 1973 por Pitt y que denominó "blues pospartum", refiriéndose a un síndrome leve, transitorio, que suele comenzar entre el segundo y cuarto día tras el parto. Su duración no suele sobrepasar los 15 días y lo habitual es que desaparezca sin secuelas de manera espontánea. Es una fase de labilidad emocional caracterizada por frecuentes episodios de llanto, irritabilidad, confusión, ansiedad y también euforia (Rai, Pathak, y Sharma, 2015). En la mayoría de los casos, el trastorno no llega a tener una intensidad lo suficientemente grave

como para precisar de tratamiento. Sin embargo, se debería atender a la persistencia de los síntomas o al aumento en la intensidad de los mismos ante el posible desarrollo de una depresión clínica, sobre todo en mujeres con antecedentes personales de trastornos afectivos (Henshaw, 2003).

Los informes sobre la prevalencia de *baby blues* varían mucho entre los estudios procedentes de diferentes países. Así, a modo de ejemplo, en los Países Bajos se informó de un 2,0% (Pop et al., 2015), en Nigeria de un 31,3% (Adewuya, 2005), en Italia de un 35,0% (Bruno et al., 2018), en Grecia de un 43,1% (Ntaouti et al., 2018), en China de un 44,3% (Hau y Levy, 2003), en Alemania de un 55,2% (Reck, Stehle, Reinig, y Mundt, 2009) y en Japón de un 66,8% (Nagata et al., 2000). La falta de criterios diagnósticos establecidos, las diferencias culturales y en la metodología de investigación son las principales razones de un rango tan amplio de tasas de prevalencia de *baby blues* (Ntaouti et al., 2018).

En España, se ha realizado un estudio en Oviedo con el objetivo de evaluar la influencia del *baby blues* sobre la lactancia materna (Mosteiro, Fernández, Morán, Pellico, y Díaz, 2001). Concretamente, se evalúo la sintomatología depresiva a las 48-72 horas, cuando las mujeres aún permanecían hospitalizadas, utilizando el Bek Depression Inventory (BDI). Encontraron una prevalencia del baby blues del 15,0%, pero no hallaron diferencias significativas en cuanto al tipo de lactancia entre el grupo de mujeres con *baby blues* y el grupo sin *baby blues*.

En Galicia se realizó un estudio desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (Vilouta, Álvarez, Borrajo, y González-González, 2006). A las 400 mujeres que participaron en el estudio se las evaluó entre el segundo y tercer día después de haber dado a luz con la *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS), utilizando como punto de corte para una posible depresión postparto puntuaciones ≥ 12. Encontraron que 85 pacientes obtuvieron puntuaciones positivas en la EPDS, lo cual implicó una prevalencia de *baby blues* del 21,2% entre el segundo - tercer día postparto. La prevalencia fue mayor en aquellas madres con edad superior a 35 años, en intervenidas de cesárea y en aquellas cuyos/as hijos/as ingresaron en la unidad de neonatología.

La detección del *baby blues* no es fácil y en muchos casos pasa desapercibido, ya que el período postparto conlleva cambios psicológicos y complicaciones somáticas, tales como alteraciones del sueño, cambios en el apetito, variaciones de peso, dificultades para

concentrarse, fatiga y falta de energía (Yonkers, Smith, Gotman, y Belanger, 2009) que se solapan con la sintomatología del *baby blues*. Además, según las expectativas sociales, las mujeres deben mostrarse contentas y satisfechas con el acontecimiento, y ello puede llevar a ocultar lo que realmente están sintiendo, incluso algunas pueden llegar a sentirse culpables por tener sentimientos depresivos cuando lo esperable es que estuviesen contentas.

2.1.2. Ansiedad

En los últimos tiempos hay un creciente interés por la ansiedad perinatal (Soto-Balbuena, 2019). La ansiedad es uno de los trastornos más prevalentes en el periodo perinatal. Se estima que su prevalencia es de alrededor del 13,0% (Howard, et al., 2014), llegando a detectarse en algunos casos hasta en un 54,0% de las gestantes (Lee et al., 2007). A pesar de tener comorbilidad frecuente con la depresión (Falah-Hassani, Shiri, y Dennis, 2016), la ansiedad durante el periodo perinatal ha sido escasamente considerada tanto en investigación como en la práctica clínica (Dennis, Kobra, y Shiri, 2017). Sin embargo, hoy en día los datos existentes sugieren que la ansiedad perinatal es altamente prevalente y merece atención clínica similar a la que se le da a la depresión. En este sentido, Dennis et al. (2017) en una revisión sitemática y metaanálisis de la prevalencia de ansiedad perinatal encontraron que, durante el embarazo, la prevalencia de sintomatología ansiosa fue del 18,2% en el primer trimestre, del 19,1% en el segundo y del 24,6% en el tercero, respectivamente. La prevalencia general de los síntomas de ansiedad en los tres trimestres fue del 22,9%. En el postparto, la prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 17,8% entre las semanas 1 y 4, del 14,9% entre las 5 y las 12 semanas, del 15,0% entre las semanas 1 y 24 y del 14,8% a partir de los 6 meses postparto. La trayectoria de la ansiedad a lo largo del embarazo es variable, pues en algunos casos los picos de sintomatología ansiosa tienen lugar en el primer y tercer trimestre de gestación (Lee et al., 2007; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco, y Costa, 2009) y en otros los síntomas ansiosos tienden a ser elevados en el primer trimestre y descienden en el transcurso de la gestación (Buist, Gotman, y Yonkers, 2011).

Con respecto a la comorbilidad de ansiedad y depresión, Ross, Gilbert Evans, Sellers, y Romach (2003) hallaron que en torno al 50,0% de las embarazadas con depresión fueron también diagnosticadas de ansiedad. Además, se ha visto que, durante la gestación, tanto la presencia de depresión como de ansiedad (Míguez, Fernández y Pereira, 2017; Norhayati,

Hazlina, Asrenee, y Emilin, 2015) suponen un factor de riesgo para el desarrollo de depresión postparto.

Por otro lado, la ansiedad específica del embarazo está cobrando protagonismo en los últimos años. Durante el embarazo, las mujeres pueden experimentar temores específicos, como el miedo a la incompetencia como madre, el dolor y la pérdida de control durante el parto, la pérdida de la propia vida y de la del bebé, y la preocupación por los cambios físicos, personales y en la relación de pareja debidos al embarazo y al nacimiento (Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser y Buitelaar, 2004). La ansiedad relacionada con el embarazo se ha asociado con consecuencias en niños como la depresión y la ansiedad (Van den Bergh, Van Calster, Smits, Van Huffel y Lagae, 2008) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Van den Bergh y Marcoen, 2004). Obstétricamente, se ha asociado con el parto prematuro, mayor duración del trabajo de parto, mayor probabilidad de usar analgésicos y bajo peso al nacer (Dunkel - Schetter y Tanner, 2012).

Así mismo, la ansiedad por separación materna o el temor a la muerte súbita del lactante son formas de ansiedad específica del puerperio (Brockington, 2004; Phillips, Sharpe, Matthey y Charles, 2009).

2.1.3. Estrés

El embarazo es considerado en sí mismo un acontecimiento estresante. Esto es debido a que es un agente promotor de activación biológica y recibe un peso considerable en las listas de acontecimientos vitales estresantes que se usan para el estudio del estrés en humanos (Valdés y Garcia-Esteve, 2017). Todas las mujeres embarazadas modifican su fisiología desde los primeros meses: disminuye la tensión arterial y aumenta la vasodilatación, la frecuencia cardíaca, el volumen sanguíneo y las secreciones de hormona liberadora de corticotropina, hormona adrenocorticotropa y cortisol. Todo ello acompañado de una reactividad fisiológica aparentemente atenuada para responder a los estímulos estresantes (De Weerth y Buitelaar, 2005). Todas estas modificaciones hacen suponer que el estrés materno antenatal tenderá a sobreañadirse a la activación promovida por el embarazo y se expresará en el organismo de cada gestante de manera variable (Valdés y Garcia-Esteve, 2017).

En los últimos años se ha puesto el foco en el estudio del estrés antenatal por las considerables repercusiones que acarrea sobre el desarrollo del feto (teoría de la programación

fetal). El estrés materno antenatal puede tener efectos a largo plazo sobre el desarrollo del organismo del feto y favorecer la expresión fenotípica de diversas enfermedades (Lewis, Galbally, Gannon, y Symeonides, 2014). Se han demostrado relaciones entre el estrés materno antenatal y la aparición futura en el hijo de hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes tipo II, síndrome metabólico, alteraciones cognitivas y del lenguaje, alteraciones emocionales y conductuales, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, autismo y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Valdés y Garcia-Esteve, 2017).

Algunos factores estresantes pueden tener una historia anterior al embarazo y mantenerse tras el periodo postparto, de manera que pueden ejercer un efecto continuado sobre la psicobiología de la madre y la relación materno-infantil.

2.1.4. Trastorno de estrés postraumático

Las mujeres pueden presentar un trastorno por estrés postraumático (TEPT) en el periodo perinatal como consecuencia de diferentes experiencias traumáticas durante el embarazo, el parto y postparto o por experiencias traumáticas previas a la gestación. La prevalencia del TEPT en el embarazo es del 6,0% al 8,0% (Seng, Low, Sperlich, Ronis, y Liberzon, 2011), mientras que en el postparto el TEPT está presente del 1,0% al 6,0% de las mujeres (Adewuya, Ologun, y Ibigbami, 2006; Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, y Devilly, 2010; Creedy, Shochet, y Horsfall, 2000; Söderquist, Wijma, y Wijma, 2006; Soet, Brack, y DiIorio, 2003).

En algunas mujeres el proceso del parto puede convertirse en un acontecimiento traumático y ser vivido como una amenaza para la vida o para la integridad de la madre o del bebé. En estos casos se habla de parto traumático (Vythilingum, 2010). En países como Estados Unidos o Australia, refieren haber sufrido un parto traumático entre un 14,0% y un 45,0% de las mujeres (Alcorn et al., 2010; Boorman, Devilly, Gamble, Creedy, y Fenwick, 2014; Soet et al., 2003).

Aquellas mujeres que han presentado complicaciones obstétricas en embarazos previos que suponen una amenaza para su salud o del feto o del/a recién nacido/a (pérdida fetal, malformaciones fetales) pueden presentar un TEPT en embarazos posteriores. En estos casos la prevalencia del TEPT es del 8,0% al 12,0% (Forray, Mayes, Magriples, y Epperson, 2009). En el caso de pérdida fetal, el estudio de Turton, Hughes, Evans, y Fainman (2001)

halló que el 21,0% de las mujeres cumplía criterios de TEPT en el embarazo posterior. Como en otras etapas de la vida, una vez establecido el TEPT perinatal, la remisión espontánea es infrecuente.

El TEPT perinatal se ha asociado con algunas características clínicas específicas que incluyen la reexperimentación del parto a través de recuerdos intrusivos, pesadillas o flashbacks, conductas de evitación, como la evitación del contacto con el recién nacido/a, el distanciamiento afectivo con la imposibilidad de establecer el vínculo materno-filial, la evitación de procedimientos médico-ginecológicos, la tocofobia y la evitación de otra futura maternidad (Beck, 2004; Vythilingum, 2010). La actuación de los profesionales que intervienen en el momento del parto es básica para prevenir la exposición a situaciones traumáticas y minimizar el malestar psicológico. Conviene aumentar la sensación de control de la mujer sobre su parto, facilitar el contacto madre-hijo/a lo antes posible, ofrecer un apoyo cercano y un asesoramiento e información correctos. Así mismo, favorecer el inicio de la lactancia materna y atender el dolor, la ansiedad y cualquier otra sintomatología que pudiera aparecer en el proceso de parto y posparto inmediato (Olza, 2010).

2.1.5. Psicosis postparto

El término psicosis puerperal hace referencia a una de las formas más graves de los trastornos mentales que ocurren en el postparto inmediato (Navarro et al., 2017). Existe consenso en considerar que el parto es un factor desencadenante de episodios afectivos psicóticos, de características clínicas específicas que hacen de la psicosis puerperal una enfermedad diagnóstica diferenciada (Blackmore et al., 2013), pues los cambios fisiológicos cerebrales que ocurren en el parto son un factor clave en su etiología (Navarro et al., 2017).

Actualmente se debate la pertenencia nosológica de la psicosis puerperal a una enfermedad del espectro bipolar o una enfermedad específica, con un curso asociado exclusivamente a los embarazos. La psicosis puerperal incluiría aquellos episodios afectivos psicóticos, principalmente maníacos, pero también depresivos o mixtos que se inician a los pocos días del parto (dos semanas postparto), aunque no sean necesariamente primeros episodios afectivos o psicóticos. Se caracteriza por un episodio afectivo psicótico de inicio agudo, a las pocas horas o días del parto, con pródromos mínimos. Los síntomas característicos incluyen la presencia de sintomatología afectiva, elación y depresión, con

intensas fluctuaciones del humor y una apariencia confusa y perpleja que en ocasiones pueda asemejarse con la de una psicosis orgánica (Brockington, 1996; Sit, Rothschild, y Wisner, 2006; Wisner, Peindl, y Hanusa, 1994). La presencia de ideas delirantes y de alucinaciones de tipo visual, táctil u olfativo suelen centrarse en el/a recién nacido/a, aunque puede faltar la conciencia sobre el propio embarazo y el parto.

En la psicosis puerperal predominan los síntomas maníacos como taquilalia, fuga de ideas, labilidad emocional, distractibilidad, euforia, actividad excesiva y confusión, de forma más frecuente e intensa comparados con los episodios psicóticos no puerperales que presentan las mujeres en edad reproductiva (Brockington et al., 1981). La prevalencia de psicosis puerperal en la población general es de 1-2 por cada 1000 partos (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, Mors, y Mortensen, 2006; Pfuhlmann, Stoeber, y Beckmann, 2002). El riesgo de presentar un episodio psicótico en las primeras semanas del postparto es 22 veces mayor en comparación con otros momentos del ciclo vital (Munk-Olsen et al., 2006).

Los factores de riesgo para el episodio psicótico en el postparto incluyen los antecedentes personales de psicosis puerperal, antecedentes de ingreso psiquiátrico por un episodio maníaco psicótico, la primiparidad, las complicaciones obstétricas, la deprivación del sueño y los antecedentes familiares de trastorno bipolar o psicosis puerperal (Sit et al., 2006). Se ha asociado a la psicosis puerperal un componente genético (Jones y Craddock, 2001), aunque no se ha identificado ningún gen específico.

El período de mayor riesgo para el inicio de la psicosis puerperal se situa en las 3 primeras semanas postparto (Brockington et al., 1981), aunque los primeros síntomas suelen aparecer desde las primeras horas a los 3 días del parto (Heron, McGuinness, Blackmore, Craddock, y Jones, 2008). La duración del episodio psicótico suele ser breve, con remisión completa de los síntomas (Sit et al., 2006), sobre todo si se inicia el tratamiento precozmente. La tasa de recurrencia alcanza el 50,0% en postpartos posteriores y el 75,0% si se recogen los episodios postparto y no postparto (Robling, Paykel, Dunn, Abbott, y Katona, 2000).

Habitualmente el tratamiento requiere ingreso hospitalario. Tradicionalmente se recomendaba la separación temporal de madre e hijo/a (Sit et al., 2006). Sin embargo, hoy en día no es así. En países europeos, australianos y americanos se han desarrollado unidades adaptadas para el ingreso de la madre y el bebé (Mother-Baby Units [MBU]). Después de los

primeros días de la fase aguda, se mantienen ingresados juntos a la madre y al bebé para favorecer el vínculo y evitar la separación materna durante los primeros meses.

La psicosis puerperal es un trastorno que puede provocar graves consecuencias, incluyendo afectación del vínculo afectivo madre-hijo/a (Hipwell, Goossens, Melhuish, y Kumar, 2000) y abuso y abandono infantil (Chandra et al., 2006). La consecuencia más grave es el suicidio materno y el filicidio.

2.2. LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA

Un indicador de la atención a la salud mental perinatal en un país podría ser la existencia de guías clínicas de ámbito nacional que, de forma específica, protocolizasen la atención a la salud mental durante el embarazo y postparto. En España, a diferencia de lo que ocurre en otros países como Inglaterra, Escocia, Australia o Estados Unidos, no existen estos recursos. Concretamente, las tres guías internacionales de referencia en salud mental perinatal son la *Antenatal and postnatal mental health* (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2018) de Inglaterra; la *Mental Health Care in the Perinatal Period. Australian Clinical Practice Guideline* (The Centre of Perinatal Excellence [COPE], 2017) de Australia y la *Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline* (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2012) de Escocia. De igual modo, el American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) o el U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), ambos en Estados Unidos, dedican monográficos y establecen recomendaciones sobre las directrices a seguir en materia de salud mental perinatal, como por ejemplo en relación al screening de la depresión perinatal (American College of Obstetrician and Gynecologist, 2018; O'Connor, Rossom, Henninger, Groom, y Burda, 2016).

En nuestro país, a nivel estatal, la única referencia a la salud mental perinatal la encontramos en la *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio* publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014a). Dentro del capítulo dedicado a la atención en el puerperio, se incluye un apartado de "salud mental durante el puerperio", si bien solo se centra en la depresión postparto y se limita a recomendar la utilización de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) para el diagnóstico de la depresión utilizando un punto de corte ≥ 12. En otra guía estatal publicada por el mismo

organismo (Ministerio de Sanidad, 2014b), en este caso específica sobre depresión "Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto" no se hace ninguna referencia a la depresión en el periodo perinatal.

A nivel autonómico, en Galicia, en las Guías técnicas del plan de atención integral a la mujer publicadas por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), resulta llamativo que tanto en la guía de consulta preconcepcional y atención al embarazo normal (SERGAS, 2019) como en la de educación maternal antenatal y postnatal (SERGAS, 2008a) no se haga ningún tipo de mención a la salud mental perinatal. Es en la guía de atención al parto normal y puerperio (SERGAS, 2008b) donde se puede encontrar mención, en este caso, a la depresión postparto, pero limitándose a remitir al lector a la guía técnica de atención a la depresión en la mujer (SERGAS, 2009). En este caso, lo que aparece recogido en un anexo al final del documento, es información teórica sobre factores de riesgo y tratamiento farmacológico de la depresión en el postparto.

En el lado opuesto, cabe destacar el "Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña", cuya tercera revisión ha sido publicada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya en el año 2018. En esta guía se le da la misma importancia tanto a los aspectos físicos como a los mentales en la atención al embarazo y postparto. De este modo, se incluye un capítulo específico de "cribado de la patología mental", centrado en la detección de la depresión y la ansiedad. Aquí se detallan las preguntas de anamnesis a realizar para detectar factores de riesgo, los instrumentos de cribado a utilizar, los momentos de evaluación y puntos de corte. Así mismo, se explican los criterios de derivación y el proceso de coordinación entre los diferentes profesionales y unidades asistenciales implicadas. Por tanto, no es de extrañar, que fuese en Cataluña, concretamente en el *Hospital Clínic de Barcelona*, donde en el año 2000 se pusiese en marcha el primer programa de psiquiatría perinatal y reproductiva. Cabe destacar que, gracias al trabajo realizado por el equipo que conforma el programa, con la doctora Garcia-Esteve como coordinadora, se ha logrado introducir de forma informatizada en todos los centros de atención sexual y reproductiva la ecala EPDS, que se utiliza como un instrumento de evaluación más del protocolo.

En la red sanitaria pública, el hospital Puerta de Hierro y el hospital del Sureste, ambos en la comunidad de Madrid, y el hospital general universitario de Ciudad Real han incorporado en los últimos años un programa o unidad de psiquiatría perinatal. Aunque

conformados por equipos multidisplinares, cabe destacar que todas estas iniciativas surgen y están coordinadas desde el ámbito de la psiquiatría y no de la psicología.

Otro indicador del estado de la atención a la salud mental perinatal podría ser el número de unidades de salud mental de hospitalización conjunta madre-bebé que en España no existen. Estas unidades se inauguraron a finales de los años 70. Inglaterra es pionera en el desarrollo de este modelo asistencial contando hoy en día con 19 unidades madre-bebé. Un modelo de atención centrado en la díada que se ha extendido a países como Francia, Alemania, Bélgica, Gran Bretaña, Estados Unidos y Australia (Glangeaud-Freudenthal y Barnett, 2004). En España no existe ninguna unidad de este tipo ni centro adaptado para evitar la separación materna durante los primeros meses de vida. Sin embargo, en el año 2018 el Hospital Clínic de Barcelona vuelve a ser pionero inaugurando el primer y único *Hospital de Día Madre-Bebé* que existe en España para madres con trastornos mentales que acaban de tener un/a hijo/a.

Así mismo, la oferta formativa que permitiría la especialización de los profesionales sanitarios involucrados en la atención perinatal es anecdótica en nuestro país. Concretamente, la Universidad de Valencia oferta el "Máster Universitario en Psicología Perinatal e Infantil". En Cataluña, la Universidad Rovira i Virgili ofrece el “Diploma de Postgrado en Psicología Perinatal” y la Universidad Autónoma de Barcelona organiza el “Curso de especialización en salud mental perinatal”. Hay una escasez de programas de formación que incluyan la salud mental perinatal entre sus objetivos, lo que ha favorecido un incremento de programas formativos no académicos (Olza, Garcia-Esteve, Lasheras y Farre, 2011). Algunos ejemplos, son los cursos impartidos por la Sociedad Marcé española, el Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal o la celebración de jornadas de divulgación celebradas en ciudades como Gijón, Ourense y Sevilla, fruto de la iniciativa privada y/o personal de profesionales del sector.

Respecto a otros países, la investigación en España en el campo de la salud mental perinatal es escasa (en lo que a datos publicados se refiere). En los últimos años han salido a la luz los trabajos del profesor Jorge Osma de la Universidad de Zaragoza, que es vicepresidente de la Sociedad Marcé Española. Su grupo ha desarrollado una aplicación informática, denominada "Mamáfeliz", que trata de detectar y prevenir la depresión durante y después del embarazo a través de internet.

Por otra parte, en el año 2014 se implanta en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid el proyecto "Mamás y Bebés: el estado de ánimo y la salud" que tiene como objetivo mejorar el estado de ánimo y la salud de las gestantes. Está dirigido por la profesora María Fe Rodríguez, de la Facultad de Psicología de la UNED. Actualmente, dicho proyecto también esta siendo desarrollado en el Hospital Central de Asturias.

En el año 2012 se creó la Asociación Española de Psicología Perinatal. Con esta creación se pone de manifiesto la existencia de un grupo de profesionales creciente de la psicología, que ante el vacío existente tanto a nivel institucional, como académico y asistencial buscan crear una red que ayude a impulsar el campo de la psicología perinatal.

3. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

La depresión es el trastorno mental más prevalente en el periodo perinatal (Alipour et al., 2012) y constituye un importante problema de salud pública, tanto por los costes que supone para los sistemas de salud como por las repercusiones negativas que ocasiona en las madres, padres e hijos/as (Gutierrez-Galve, Stein, Hanington, Heron, y Ramchandani, 2015; Ramchandani et al., 2005). Para la detección de la depresión perinatal se dispone de diversos instrumentos según tengan una finalidad de cribado o diagnóstica.

3.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

La depresión que aparece durante el embarazo y el postparto es comparable al episodio depresivo mayor que tiene lugar en cualquier otro momento de la vida adulta. Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1992) se describen los "trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte" en la categoría F.53.0. En esta categoría, se incluye la depresión postparto (con comienzo en las seis semanas posteriores al parto), aunque especifica que debe ser usada de manera restrictiva cuando el trastorno no pueda ser

clasificado en otro lugar. Según este sistema de clasificación, el episodio depresivo se incluiría dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente. La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos e incluye niveles de gravedad del cuadro depresivo: leve, moderado o grave. En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad. Pueden aceptarse periodos más cortos de dos semanas si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Con respecto a la clasificación de la American Psychiatric Association (APA), los criterios diagnósticos para la depresión, y en particular los referidos a la depresión perinatal, se han visto modificados en las distintas revisiones del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; APA, 1994) aparecen por primera vez los criterios de especificación para un episodio depresivo mayor de inicio postparto, según los cuales se iniciaría en las primeras cuatro semanas del postparto. El texto revisado del DSM-IV (DSM-IV-TR; APA, 2000) no hace distinción entre un episodio depresivo mayor de inicio postparto y un episodio depresivo mayor no puerperal y aplica los mismos criterios diagnósticos a ambas condiciones. A las pacientes cuyo inicio de la depresión tenga lugar dentro de las cuatro primeras semanas tras el nacimiento de un/a hijo/a, el DSM-IV-TR permite añadir "de inicio postparto" para hacer el diagnóstico.

En la quinta y última edición (DSM-V; APA, 2013) se cambia la especificación "*de inicio en el postparto*" por la de "*con inicio en el periparto*" ampliándose la posible presencia de un cuadro de depresión mayor a la etapa de embarazo, además de a las primeras cuatro semanas del postparto contempladas anteriormente en el DSM-IV-TR. Por lo demás, el DSM-V no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o

placer por todas o casi todas las actividades (Tabla 1). El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave.

Como se puede observar, la depresión durante el embarazo no ha recibido hasta la fecha ningún código específico en ninguna de las clasificaciones existentes que la identifique como tal. Desde los equipos de investigación en salud mental perinatal se propone la inclusión en las futuras clasificaciones de un código específico que contemple "de inicio en el embarazo" y "de inicio en el postparto". Esto permitirá su registro en la documentación clínica y su uso para la investigación clínica y epidemiológica (Navarro et al., 2017).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según DSM-V.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

La evaluación de la depresión puede tener una finalidad diagnóstica, cuando el objetivo es comprobar la presencia o ausencia de unos criterios diagnósticos (CIE o DSM) o puede tener como objetivo realizar un cribado con el fin de detectar la presencia y gravedad de los síntomas. A continuación, se detallan los instrumentos de evaluación comúnmente utilizados para el diagnóstico y cribado de la depresión perinatal.

3.2.1. Instrumentos para el diagnóstico de la depresión perinatal

La entrevista clínica es el procedimiento esencial para el diagnóstico de la depresión. La CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse para orientar la entrevista y el juicio clínico. Hay disponibles una serie de entrevistas estandarizadas que aseguran un diagnóstico fiable de la depresión. La más usada es la *Structured Clinical Interview* (SCID) for DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1999). Actualmente, ya está disponible la última versión para los trastornos del DSM-V (First, Williams, Benjamin, y Spitzer, 2016). La SCID es una entrevista semiestructurada que proporciona diagnósticos de acuerdo con los criterios recogidos en el DSM. Presenta diferentes versiones según se utilice con pacientes internados, no internados o población no clínica. Su administración lleva aproximadamente entre 45 y 60 minutos y debe ser realizada por profesionales bien entrenados. Algunos estudios han utilizado la SCID (para los trastornos del eje I del DSM-IV, módulo D: Trastornos del estado de ánimo) para el diagnóstico de depresión tanto en el embarazo (Banti et al., 2011; Giardinelli et al., 2012; Lara et al., 2015) como en el postparto (ej., Ascaso et al., 2003; Cantilino et al., 2010; Gupta, Kishore, Mala, Ramji, y Aggarwal, 2013). Sin embargo, no es lo más frecuente, pues la mayoría de los investigadores se limitan a ofrecer datos de prevalencia basados en instrumentos de cribado.

3.2.2. Instrumentos para el cribado de la depresión perinatal

Para la evaluación de la depresión se utilizan escalas con diferente grado de estructuración como instrumentos de medida de la gravedad de la sintomatología depresiva. Tienen como objetivo la evaluación sintomática de la mujer en un marco temporal determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una

pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica. A continuación, se expondrán las principales características de las escalas de evaluación de sintomatología depresiva más utilizadas en el periodo perinatal.

3.2.2.1 Instrumentos generales

Dos de las escalas más utilizadas para la evaluación de la sintomatología depresiva son el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961) y la *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977).

El *BDI* es uno de los tests más empleados en la práctica clínica (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010) y en investigación (Sanz, Navarro, y Vázquez, 2003). Es un instrumento autoaplicado de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta cuyo objetivo es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. A pesar de ser una escala dieñada para su uso en población general, también ha sido utilizada en el periodo perinatal (ej., Atashi, Kohan, Salehi, y Salehi, 2018; Drozdowicz-Jastrzębska et al., 2017; Garcia-Blanco et al., 2018; Sheydaei, Ghasemzadeh, Lashkari, y Ghorbani Kajani, 2017). No obstante, fue criticada por su uso en la depresión postparto (Troutman y Cutrona, 1990) debido a su dependencia de síntomas somáticos que se superponen con los síntomas físicos habituales en este periodo. Por ello, en la última revisión, el BDI-II (Beck et al., 1996), se omitieron dichos síntomas. Por otro lado, para medir la presencia e intensidad de síntomas depresivos durante el período mínimo contemplado en la definición de episodio depresivo mayor del DSM-IV, el marco temporal de una semana utilizado en las instrucciones del BDI se extendió a dos semanas en el BDI-II. Por tanto, esta última revisión, se correspondería mejor con los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor propuestos por el DSM-IV. A pesar de estas mejoras, en España, esta escala no ha sido validada ni en el embarazo ni en el periodo postparto.

La *CES-D* es un cuestionario que consta de 20 ítems con cuatro opciones de respuesta. Fue desarrollada para evaluar la depresión a nivel epidemiológico en muestras comunitarias. Como resultado de ello, ha sido ampliamente usada y traducida a numerosos idiomas (Naughton y Wiklund, 1993). La validación española de este instrumento fue llevada a cabo por Soler et al. (1997) en una muestra de pacientes con trastornos afectivos. Aunque ha sido

usada para evaluar depresión perinatal (ej., Cunningham et al., 2018; Pietikainen et al., 2018; Wyatt, Shreffler, y Ciciolla, 2018), tampoco ha sido validada para su uso en este periodo y también adolece de la presencia de síntomas somáticos.

El *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001), es la versión autoaplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes "más de la mitad de los días" en las últimas dos semanas y uno de los síntomas está relacionado con el estado de ánimo o anhedonia. El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. El rango de puntuaciones es de 0-27 y cada uno de los ítems oscila de 0 (nunca) a 3 (más de la mitad de los días). Además, añade una pregunta adicional para profundizar en el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria. Su versión validada al castellano ha demostrado similares propiedades que la versión original (Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke, y Spitzer, 2001). Los puntos de corte recomendados para el PHQ-9 son los siguientes: una puntuación menor de 10 corresponde a síntomas depresivos leves o mínimos; entre 10 y 14 se considera depresión leve; puntuaciones entre 15 y 19 depresión moderada, y entre 20 y 27 depresión grave.

Cabe destacar que el el PHQ-9 es el único cuestionario diseñado para su uso en población general que sí ha sido validado en España con mujeres en su primer trimestre de embarazo (Marcos-Nájera, Le, Rodríguez-Muñoz, Olivares-Crespo y Izquierdo- Mendez, 2018), incluso en su versión más breve de 2 ítems (PHQ-2; Rodriguez-Muñoz et al., 2017). No hay datos por el momento de su validación en la totalidad del embarazo ni en el postparto.

Las preguntas de Whooley (Whooley, Avins, Miranda, y Browner, 1997) son los dos ítems referidos al estado de ánimo y anhedonia del PHQ-9 ("durante el pasado mes: ¿se ha sentido desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza?" y "durante el pasado mes: ¿ha tenido poco interés o ha disfrutado poco haciendo cosas?"), aunque en esta versión la respuesta es dicotómica (Sí/No) y tiene un punto de corte de 1. Debido a sus propiedades psicométricas ha sido recomendada su utilización para la identificación de la depresión en pacientes con factores de riesgo (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Aunque algunos estudios han usado las preguntas de Whooley para evaluar la depresión perinatal (Littlewood

et al., 2016; Marcano-Belisario et al., 2017; Marsay, Manderson, y Subramaney, 2017; Van Heyningen, Honikman, Tomlinson, Field, y Myer, 2018), por el momento, en nuestro país, no se ha llevado a cabo la validación de las mismas en este periodo.

Aunque existe un amplio abanico de instrumentos generales para evaluar la sintomatología depresiva, como la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD o HAM-D; Hamilton, 1960), la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS; Montgomery y Asberg, 1979), el *General Health Questionnaire* (GHQ; Goldbergh, 1972) o la *Zung Self-Rating Depression Scale* (Zung SDS; Zung, 1965), aquí solo se han citado aquellos que más se han utilizado en el periodo perinatal. No obstante, todos ellos han sido diseñados para su uso en población general y a excepción del PHQ-9, ninguno ha sido validado con muestras de mujeres en el periodo perinatal. Por tanto, el utilizar puntos de corte no validados podría afectar al número de mujeres clasificadas con probable depresión. Por otro lado, algunos de los cuestionarios mencionados, contienen ítems que hacen referencia a síntomas somáticos que, en el caso concreto de la depresión perinatal, se superponen con los síntomas físicos habituales del embarazo y/o postparto. Es decir, la presencia de ítems que evalúan sintomatología somática dificulta el poder distinguir los cambios fisiológicos propios del embarazo y postparto, tales como aumento/pérdida de peso, aumento/pérdida de apetito, cambio de la imagen corporal y/o cansancio, de los asociados con la presencia de depresión.

3.2.2.2 Instrumentos específicos

Respecto a las escalas que se han diseñado específicamente para el cribado de la depresión perinatal, cabe destacar que, mientras para la evaluación de la sintomatología depresiva en población general existe un abanico amplio de escalas (si bien aquí solo se han mencionado las más utilizadas en el embarazo y postparto), no ocurre lo mismo para la evaluación de la depresión en el periodo perinatal. Concretamente, son 4 las escalas que han sido diseñadas específicamente para su uso en este periodo.

La *Perinatal Depression Inventory* (PDI; Brodey et al., 2016) es la escala más reciente desarrollada en Estados Unidos con la finalidad de detectar y cuantificar la sintomatología depresiva tanto en el embarazo como en el postparto. Se partió de una lista de 159 ítems. Un panel de expertos mejoró y redujo el conjunto de ítems. Los 67 ítems resultantes fueron administrados a una muestra de 628 mujeres embarazadas y 251 mujeres en el postparto con

diferentes niveles de depresión que acudían a clínicas de obstetricia de entidad tanto pública como privada. Además, se administró el BDI-II, la EPDS y el PHQ-9, así como el Módulo A de la Entrevista Clínica Estructurada según los criterios diagnósticos del DSM-IV (SCID). Se obtuvo una escala de 14 items (PDI-14) cuyo marco temporal hace referencia a los "últimos 7 días". Se obtuvo una correlación significativamente alta con el BDI-II ($r = 0.82$, $p < 0.001$), EPDS ($r = 0.81$, $p < 0.001$), y PHQ-9 ($r = 0,77$, $p < 0,001$). La sensibilidad y la especificidad fueron del 0,83 y 0,78, respectivamente. Se trata de la única escala que ha sido diseñada específicamente para la evaluación de la depresión en el embarazo y postparto, sin embargo, hasta la fecha, no se han publicado estudios que la hayan utilizado.

La *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS; Beck y Gable, 2000) fue diseñada para evaluar sintomatologia depresiva en el postparto. Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 35 ítems, con puntuaciones que van de 1 a 5, donde 1 es "completamente en desacuerdo" y 5 "completamente de acuerdo". Por tanto, las puntuaciones que se pueden obtener van desde 35 a 175 puntos. El cuestionario se centra en el contexto específico de la maternidad y los ítems consisten en afirmaciones sobre cómo la madre se está sintiendo tras el nacimiento de su hijo/a. Se estableció como momento temporal de evaluación adecuado el haber pasado al menos 2 semanas desde el parto. El PDSS proporciona puntos de corte para la interpretación de los síntomas de depresión postparto: < 59 para un ajuste normal, 60-79 para depresión menor postparto y ≥ 80 para depresión mayor postparto. Aunque está disponible en español (Beck, Bernal, y Froman, 2003), no ha sido validada en España, sino con población hispano hablante en Estados Unidos. En un estudio llevado a cabo por los autores para confirmar las propiedades psicométricas del PDSS (Beck y Gable, 2001) observaron en una muestra de 150 mujeres en las 6 semanas postparto, que puntuaciones de corte iguales a 70 podían ser usadas para reducir el número de falsos negativos, aunque aumentaban en un 16,0% los falsos positivos. Además, evaluaron las propiedades psicométricas de la versión española (Beck y Gable, 2003). Los resultados indicaron una consistencia interna excelente para el total de las puntuaciones ($\alpha = 0,95$) y de moderada a excelente en las siete dimensiones (rangos $\alpha = 0,75 - 0,90$).

Si bien la PDSS ha sido diseñada para evaluar depresión postparto, algunos estudios también la han utilizado durante el embarazo (ej., Maia et al., 2011; Pereira et al., 2011, 2013; Pereira et al., 2014; Zhao et al., 2015, 2016; Zhao, Munro-Kramer, Shi, Wang, y Luo, 2017;

Zhao, Munro-Kramer, Shi, Wang, y Zhao, 2018), aunque sin haber sido validada previamente en este contexto.

La *Bromley Postnatal Depression Scale* (BPDS; Stein y Van den Akker, 1992) fue desarrollada para evaluar depresión postparto. Consta de 10 ítems que incluyen preguntas abiertas y cerradas y cuestiones sí/no, así como una gráfica para indicar cuándo empezó la depresión postparto, cuánto duró y cuándo fue el peor momento. La BPDS fue desarrollada para medir los episodios previos y actuales de depresión postparto. Los datos sobre las propiedades psicométricas del BPDS son limitados. En el estudio que llevaron a cabo Stein y Van den Akker (1992), con una muestra de 165 mujeres, la BPDS mostró una buena fiabilidad test-retest, sin embargo, la consistencia interna no fue publicada. La sensibilidad y la especificidad fueron 62,0% y 94,0%, respectivamente. La baja sensibilidad de este instrumento se relacionó con el hecho de que también detecta formas menos graves de trastornos depresivos y ansiosos. A día de hoy, no podemos aportar ningún estudio que haya usado esta escala durante el embarazo. Así mismo, los estudios que la han utilizado en el postparto son limitados (Hoge et al., 2019; McLaren, Kuh, Hardy, y Mishra, 2007; Myers y Johns, 2018).

La *Edinburg Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden, y Sagovsky, 1987) se desarrolló en los años 80 como un instrumento específico para la evaluación de la sintomatología depresiva en el postparto y viene siendo desde entonces la herramienta más utilizada internacionalmente con esta finalidad (Cox, 2019).

La EPDS mide síntomas cognitivos y emocionales, y excluye los síntomas somáticos de la depresión, excepto para un item que mide las dificultades para dormir. Es un cuestionario de autoinforme breve de 10 ítems con 4 opciones de respuesta que se puntúan entre 0 y 3 de acuerdo con el orden creciente de la gravedad de los síntomas. Por tanto, el rango de puntuaciones de la escala va de 0 a 30, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad. El punto de corte considerado como de alto riesgo para la depresión varia dependiendo del país donde se realice la validación. De este modo, podemos encontrar puntos de corte para la EPDS que varían desde el ≥ 7 obtenido en la validación de la escala en Lituania (Bunevicius, Kusminskas, y Bunevicius, 2009) hasta el ≥ 13 en Inglaterra (Cox et al., 1987). Tiene la ventaja de que se completa en pocos minutos.

El estudio original de la EPDS fue realizado con una muestra de 84 mujeres de Edimburgo previamente identificadas por profesionales de la salud como potencialmente deprimidas a las 6 semanas postparto (Cox et al., 1987). Las puntuaciones de la EPDS fueron comparadas con los Research Diagnostic Criteria (RDC) obtenidos a través de la Standard Psychiatric Interview (SPI; Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward, y Shepherd, 1970). Utilizando el punto de corte 12/13 identificaron a las 21 mujeres que habían sido diagnosticadas de depresión mayor con los criterios del RDC. La sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo fueron 86,0%, 78,0% y 73,0%, respectivamente. La sensibilidad se incrementó cuando usaron puntuaciones de corte 9/10, la cual los autores recomendaron usar en los centros de atención primaria.

La validación de la EPDS en nuestro país fue realizada por Garcia-Esteve, Ascaso, Ojuel, y Navarro (2003). El punto de corte 8/9 identificó a todas las mujeres con depresión combinada (mayor y menor) con una sensibilidad del 100% y especificidad del 89,4%, pero aportaba un bajo valor predictivo positivo (48,1%). Al aumentar el punto de corte a 10/11, identificaron al 100% de las mujeres con depresión mayor y para la depresión combinada obtuvieron una sesnsiblidad del 79,0%, especificidad del 95,5% y valor predictivo positivo del 63,2%. Por esta razón, se recomendó el punto de corte 10/11 como el más adecuado para ser utilizado como instrumento de cribado rutinario por los profesionales de los servicios de atención primaria.

El mismo equipo de investigación (Ascaso et al., 2003) realizó otro estudio para estimar la prevalencia de la depresión postparto e identificar el mejor punto de corte de la EPDS. En dicho estudio se recomendó utilizar el punto de corte 11/12 para estudios epidemiológicos y el punto de corte 10/11 para identificar población de riesgo. Estas recomendaciones vinieron dadas debido a que en los resultados observaron que utilizando la puntuación 11/12 como método diagnóstico obtenían una prevalencia del 10,0%, equivalente a la obtenida mediante la entrevista diagnóstica SCID (10,1%). Con el punto de corte 10/11, que había sido propuesto anteriormente (Garcia-Esteve et al., 2003), se sobreestimaba la tasa de prevalencia de la depresión postparto (12,9%).

Posteriomente, Navarro et al. (2007) llevaron a cabo una investigación para validar la EPDS y la versión de 12 ítems del General Health Questionnaire (GHQ-12; Goldbergh, 1972). En este estudio participaron 1453 mujeres que respondieron a los cuestionarios a las 6

semanas postparto. El punto de corte óptimo establecido para la EPDS fue de 9/10. En este caso, se propuso un punto de corte más bajo puesto que el estudio trataba de validar los instrumentos para detectar morbilidad psiquiátrica postnatal, no solo depresión postparto. Según los autores, utilizando este punto de corte se puede detectar tanto ansiedad como depresión en el postparto.

Otro estudio realizado en España con la EPDS es el de Maroto, García Calvente, y Fernández Parra (2005). Su objetivo era aclarar el funcionamiento individual de los ítems de la EPDS, la consistencia interna y la estructura factorial, así como conocer su convergencia con el Beck Depression Inventory (BDI; adaptación de Vázquez y Sanz, 1997) y la eficacia diagnóstica con relación a éste en población española. Hallaron una alta consistencia interna (0,79) y convergencia de ambos instrumentos. En este estudio se propuso un punto de corte ≥ 8 para clasificar a las madres con estado depresivo, pues es donde hay un mayor equilibrio de los valores de sensibilidad y especificidad cuando se utiliza el BDI como instrumento estándar.

La EPDS también ha demostrado ser un buen instrumento en la evaluación de las mujeres fuera del período postnatal (Becht et al., 2001; Cox, 1996; Peterson, Newton, Rosen, y Skaggs, 2006) e incluso en los hombres (Matthey, Barnett, Kavanagh, y Howie, 2001). Como resultado de lo anterior, ha recibido una nueva nomenclatura: Escala de Depresión de Edimburgo (EDS; Cox, 1996).

Como se ha mencionado, la EPDS es la herramienta más utilizada internacionalmente para la detección de la depresión durante el período postparto y ha sido traducida a más de 60 idiomas (Cox, 2019). Aunque fue diseñada para su uso en el postparto, su validación en el embarazo ya está disponible en al menos 13 países (Adewuya et al., 2006; Adouard, Glangeaud-Freudenthal, y Golse, 2005; Alvarado, Jadresic, Guajardo, y Rojas, 2015; Areias, Kumar, Barros, y Figueiredo, 1996; Bergink et al., 2011; Bunevicius, Kusminskas, y Bunevicius, 2009; Felice, Saliba, Grech, y Cox, 2006; Husain et al., 2014; Lau, Wang, Yin, Chan, y Guo, 2010; Murray y Cox, 1990; Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson, y Sydsjö, 2011; Stewart, Umar, Tomenson, y Creed, 2013; Su et al., 2007; Toreki et al., 2013). Por tanto, parece que será la escala más validada y utilizada también para su uso en el embarazo.

A la vista de los datos sobre las escalas específicas de cribado de la depresión perinatal, la EPDS parece ser el instrumento más adecuado. En la misma línea, en los últimos años, organismos como el American College of Obstetricians and Gynecology (2018), el American College of Nurse-Midwives (2016), el U.S. Preventive Services Task Force (O'Connor et al., 2016) y las directrices NICE en el Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence, 2018), han recomendado el cribado universal de la depresión perinatal con herramientas estandarizadas y validadas, como parte de una atención obstétrica de calidad. Además, advierten que el instrumento adecuado para el cribado deberá reunir una serie de características como su libre disponibilidad, validez, aceptabilidad, sensibilidad y especificidad. Concretamente, recomiendan el uso de la EPDS y el PHQ-9, pues además de reunir todas las características anteriormente citadas, han sido validadas en el periodo perinatal (Kendig et al., 2017). Sin embargo, la principal ventaja de la EPDS frente al PHQ-9 es ser la única escala que ha sido validada en España tanto en el postparto (Garcia-Esteve et al., 2003) como en el embarazo (Vázquez y Míguez, 2019).

4. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Los problemas de salud mental durante el embarazo y el postparto suelen requerir atención sanitaria urgente debido a las potenciales consecuencias que pueden tener en el bienestar del bebé y en la propia vida de la mujer. No obstante, este tipo de problemas no suelen ni reconocerse ni diagnosticarse adecuadamente (Al-Halabí, Mayoral, Corcoran, Brodsky, y Stanley, 2019).

El coste humano de los trastornos mentales perinatales queda reflejado en los datos recogidos en el Reino Unido a través de los informes trianuales de muerte materna. Desde que las tasas de mortalidad por causa psiquiátrica han sido incluidas en estos informes (CMACH, 2001; 2004), el suicidio es considerado como una de las principales causas de muerte materna. En el periodo que abarca los años 2007 a 2014, las tasas de mortalidad por causa psiquiátrica de mujeres durante el embarazo y hasta 12 meses después del parto fueron 31,14 muertes/100.000 embarazos, el doble que en mujeres sin enfermedad mental perinatal durante el mismo período (Campbell y Murray-Thomas, 2015). Por otro lado, solo en el Reino Unido, los costos a largo plazo de los trastornos de salud mental perinatal llegan a los 8,1 mil

millones de libras por año, principalmente debido al impacto en los niños (Bauer, Knapp, y Parsonage, 2016). A todo esto hay que añadir que la enfermedad mental perinatal está asociada a mayor morbilidad psiquiátrica y a mayor probabilidad de desarrollar enfermedades mentales recurrentes a largo plazo (Meltzer-Brody y Stuebe, 2014).

La depresión puede tener consecuencias devastadoras no solo para las mujeres que la padecen, sino también para sus hijos/as y sus familiares (Burke, 2003; Flynn, Davis, Marcus, Cunningham, y Blow, 2004; Marmorstein, Malone, y Iacono, 2004), provocando un impacto negativo tanto en el curso del embarazo como en el resultado fetal y neonatal (Alder, Fink, Urech, Hösli, y Bitzer, 2011).

4.1. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN ANTENATAL

A continuación se van a comentar las consecuencias de la depresión antenatal tanto para la madre como para su descendencia.

4.1.1. Consecuencias de la depresión antenatal para la madre

Para la mujer gestante y futura madre, la depresión antenatal aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo (Chung, McCollum, Elo, Lee, y Culhane, 2004) y puede tener consecuencias tanto a nivel obstétrico como afectar a distintas esferas de su salud física y mental a corto y largo plazo.

Con respecto a las consecuencias obstétricas y en la salud física, entre las mujeres con depresión antenatal es más frecuente la presencia de náuseas y vómitos persistentes y la cesárea electiva por deseo materno (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Aström, y Bixo, 2004). Son mujeres que pueden tener grandes dificultades para realizar las actividades habituales de la vida diaria derivando en un deterioro del autocuidado prenatal e incluso en la no asistencia a las consultas rutinarias de control y seguimiento del embarazo (Yonkers et al., 2009). En relación a esto, son mujeres que tienen hábitos alimenticios poco saludables, ganancia de peso inadecuada durante el embarazo, bien por exceso o por defecto, y en las cuales el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas es más frecuente (Goedhart et al., 2010; Humayun, Haider, Imran, Iqbal, y Humayun, 2013; Marcus, 2009; Yonkers et al., 2009). Complicaciones obstétricas como la preeclampsia y hemorragia postparto, que

acarrean una gran morbi-mortalidad materna y neonatal, también son más frecuentes entre las mujeres con depresión durante el embarazo (Humayun et al., 2013; Podvornik, Globevnik Velikonja, y Praper, 2014).

Con respecto a la salud mental, la principal consecuencia de la depresión antenatal es su continuidad en el puerperio, pues la depresión en el embarazo es el principal factor de riesgo para la depresión postparto (ej., Cankorur, Abas, Berksun, y Stewart, 2015; Evans, Heron, Francomb, Oke, y Golding, 2001; Hoffman y Hatch, 2000; Lee et al., 2007; Leigh y Milgrom, 2008; Mallikarjun y Oyebode, 2005; Míguez, Fernández et al. 2017; Orr, Reiter, Blazer, y James, 2007; Wisner et al., 2009; Yonkers et al., 2009).

4.1.2 Consecuencias de la depresión antenatal en los/as hijos/as

Las repercusiones de la depresión perinatal a corto y largo plazo en la salud del feto y del neonato están ampliamente documentadas (Stein et al., 2014). Sin embargo, analizar las consecuencias de la depresión perinatal en la descendencia no está exento de complicaciones, pues distinguir los efectos de la depresión antenatal de los de la depresión postparto no es posible en muchos de los casos (Field, 2011). En este sentido, algunos autores establecen las consecuencias de la depresión antenatal a partir de resultados perinatales que se sabe que predicen problemas a largo plazo.

Se ha visto que el riesgo de parto prematuro aumenta con la depresión antenatal (Diego et al., 2009, 2006; Eastwood, Ogbo, Hendry, Noble, y Page, 2017; Goedhart et al., 2010; Herrero et al., 2018; Loomans et al., 2013; Saeed, Raana, Saeed, y Humayun, 2016). El parto prematuro, a su vez, contribuye al desarrollo de problemas cognitivos, emocionales y de comportamiento en los niños (Li, Liu, y Odouli, 2009). Además, el bajo peso al nacer (Diego et al., 2009, 2006; Loomans et al., 2013; Saeed et al., 2016), ser pequeño para la edad gestacional (Goedhart et al., 2010; Herrero et al., 2018) y el retraso del crecimiento intrauterino (Saeed et al., 2016) también han sido asociados con la depresión antenatal y junto con la prematuridad, constituyen las principales causas de morbi-mortalidad en el neonato y en la infancia.

Por otro lado, las mujeres con depresión durante el embarazo presentan elevados niveles de cortisol, lo que resulta también en niveles de cortisol fetal y neonatal elevados (Field et al., 2004), retraso en el crecimiento fetal y prematuridad, así como una alteración del desarrollo cerebral fetal (Field, 2010; Weinstock, 2005). Estas alteraciones, a su vez, influyen en el

desarrollo del temperamento infantil (Davis et al., 2007). En este sentido, se ha observado que los niños expuestos a un nivel elevado de cortisol materno durante la gestación muestran un desarrollo cognitivo más deficiente durante la infancia (Davis et al., 2007; Werner et al., 2013).

En la misma linea, Navaratne, Foo, y Kumar (2016) analizaron el impacto de puntuaciones altas (≥ 12) en la EPDS durante el embarazo en los resultados obstétricos y perinatales. Hallaron que las mujeres con puntuaciones altas en la EPDS tuvieron mayores tasas de cesarea urgente, de parto prematuro y de bebés con bajo peso al nacer. Así mismo, entre las mujeres con sintomatología depresiva elevada, también fue mayor el porcentage de las que tuvieron bebes con puntuaciones en el test de Apgar < 7 (se utiliza para valorar la adaptación del recién nacido/a a la vida extrauterina siendo puntuaciones inferiores a 7 indicativas de depresión cardiorrespiratoria moderada-severa), con necesidad de ingreso en la UCI y de reanimación al nacer. La tasa de mortalidad neonatal fue mayor.

Así mismo, la depresión prenatal ocasiona problemas de sueño e irritabilidad neonatal (Field, Diego, y Hernandez-Reif, 2006), que son las preocupaciones más frecuentes informadas por los padres a los pediatras y están vinculadas a trastornos conductuales posteriors (Gregory et al., 2005; O'Connor et al., 2007).

Otras complicaciones en el periodo neonatal e infantil que han sido halladas por distintos investigadores en relacion con la depresión antenatal fueron puntuaciones más bajas en el test de Apgar (Goedhart et al., 2010; Herrero et al., 2018) y menor probabilidad de inicio de lactancia materna (Eastwood et al., 2017; Grigoriadis et al., 2013). Igualmente, la depresión antenatal se ha asociado con un aumento de la frecuencia cardíaca fetal (Monk et al., 2011) y de la actividad motora (Emory y Dieter, 2006). Se ha relacionado, también, con una reducción del volumen de materia gris en la corteza prefrontal y otras áreas del cerebro involucradas en el aprendizaje y la memoria (Buss et al., 2012).

La depresión tiene muchos más efectos negativos en la salud infantil si es recurrente o duradera (Civic y Holt, 2000). En este sentido, Pawlby, Hay, Sharp, Waters, y O'keane (2009) comprobaron que el riesgo de depresión en adolescentes expuestos a depresión antenatal era 4,7 veces superior que en los adolescentes no expuestos. Todos los adolescentes con depresión eran hijos/as cuyas madres habían tenido depresión en el embarazo y episodios recurrentes en los 16 años posteriores al nacimiento.

4.2. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO

La depresión postparto crea un "ambiente" que no es propicio para el desarrollo personal de las madres ni el desarrollo óptimo de los niños (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, y Bruyere, 2019). A continuación, se comenta de forma resumida las principales consecuencias de la depresión postparto tanto para la madre como para su descendencia.

4.2.1. Consecuencias de la depresión postparto para la madre

A nivel psicológico, el estado de ánimo deprimido en el postparto es un predictor significativo del estado de salud mental en el futuro (Da Costa, Dritsa, Rippen, Lowensteyn, y Khalifé, 2006). Diversos estudios mostraron que las mujeres que fueron diagnosticadas con depresión en las primeras semanas después del parto continuaban sufriendo el trastorno 1 año después (Prenoveau et al., 2013; Vliegen et al., 2013; Wang, Chen, Chin, y Lee, 2005). En la misma línea, Netsi et al. (2018) hallaron que las mujeres con depresión postparto mostraron síntomas depresivos elevados hasta 11 años después del mismo. Por otro lado, las madres con depresión presentaban niveles significativamente elevados de ansiedad estado y rasgo al año y a los 3 años después del parto en comparación con las madres sin depresión (Vliegen et al., 2013). Así mismo, los niveles más altos de síntomatología depresiva se asociaron con una mayor prevalencia de ideación suicida (Paris, Bolton, y Weinberg, 2009; Pope, Xie, Sharma, y Campbell, 2013; Posmontier, 2008; Tavares et al., 2012).

Las mujeres con depresión postparto parecen tener mayor dificultad para mantener las relaciones sociales (Posmontier, 2008; Vliegen et al., 2013). Así mismo, también presentan puntuaciones en apoyo social percibido inferiores (Wang et al., 2005). Igualmente, estas madres califican su relación de pareja como más fría y difícil y se sienten menos seguras que las madres sin depresión durante el primer año después del parto (Lilja, Edhborg, y Nissen, 2012).

Con respecto al vínculo materno-filial, los estudios muestran que la depresión materna es un factor de riesgo en el desarrollo de un vínculo y apego adecuados. Por ejemplo, O'Higgins, Roberts, Glover, y Taylor (2013) hallaron que las mujeres con sintomatología depresiva elevada tenían cinco veces más probabilidades de experimentar un vínculo materno-filial pobre. Además, mostraban menos cercanía, calor y sensibilidad (Lanzi, Bert y Jacobs, y Centers for the Prevention of Child Neglect, 2009; Lilja et al., 2012), un nivel

significativamente más bajo de sintonización mutua (Vliegen et al., 2013) y experimentaban más dificultades en las relaciones con sus hijos/as durante el primer año postparto (Lilja et al., 2012). En estas mujeres también se observó una menor implicación emocional con el/a recién nacido/a (Figueiredo, Costa, Pacheco, y Pais, 2009). Así mismo, las madres con síntomas depresivos perciben a sus hijos/as como "difíciles" en mayor proporción (Kerstis, Engström, Edlund, y Aarts, 2013). Concretamente, refierenmásepisodios de llanto y problemas de sueño infantil (Orhon, Ulukol, y Soykan, 2007). Por otro lado, las madres diagnosticadas de depresión tienen más probabilidades de tener un apego inseguro y más percepciones negativas de la relación con su bebé (McMahon, Barnett, Kowalenko, y Tennant, 2006).

Con respecto a la lactancia materna, las madres con síntomas depresivos son significativamente más propensas a interrumpir la lactancia materna exclusiva en los primeros meses (ej., Adewuya, Ola, Aloba, Mapayi, y Okeniyi, 2008; Dennis y McQueen, 2007; Dunn, Davies, McCleary, Edwards, y Gaboury, 2006; Feldens, Vitolo, Rauber, Cruz, y Hilgert, 2012; Flores-Quijano et al., 2008; Hasselmann, Werneck, y Silva, 2008; McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks, y Hou, 2006; Nishioka et al., 2011; Stuebe, Grewen, y Meltzer-Brody, 2013), pues la presencia de depresión interfiere negativamente con la duración de la lactancia materna. Concretamente, la lactancia materna es en torno a 2,3 meses menor (Hahn-Holbrook, Haselton, Dunkel Schetter, y Glynn, 2013) y en torno a 3 semanas menor (Bascom y Napolitano, 2016) en las mujeres con depresión postparto frente a las mujeres sin depresión. Respecto a la lactancia materna exclusiva, es entre 7 y 17 días menor (Bascom y Napolitano, 2016; Rahman et al., 2016) en las madres con depresión postparto. Así mismo, las madres con síntomas depresivos realizan prácticas de alimentación menos saludables con sus bebés (Mallan, Daniels, Wilson, Jansen, y Nicholson, 2015; Paulson, Dauber, y Leiferman, 2006). Por ejemplo, se muestran insatisfechas con su método de alimentación infantil y experimentan problemas significativos con la lactancia materna (Dennis y McQueen, 2007). Concretamente, informan niveles más bajos de autoeficacia con la lactancia (Dennis y McQueen, 2007; Zubaran y Foresti, 2013), exhiben una falta de confianza en la lactancia (Flores-Quijano et al., 2008) y mayores tasas de alimentación con leche artificial (Gagliardi, Petrozzi, y Rusconi, 2012; Paulson et al., 2006). Así mismo, la presencia de sintomatología depresiva elevada en el postparto también se asoció con menores niveles de oxitocina (Stuebe et al., 2013), la cual es la hormona responsable de la producción láctea.

Por otro lado, la práctica de la lactancia materna exclusiva parece disminuir y prevenir la presencia de depresión postparto. Concretamente, la práctica de lactancia materna exclusiva durante un periodo de 3 meses o más (Figueiredo, Canário, y Field, 2014; Yusuff, Tang, Binns, y Lee, 2016) parece tener un efecto protector ante la aparición de síntomas de depresión. También se observa que las mujeres que amamantaban más frecuentemente a los 3 meses postparto (> 9 veces/día) presentaban una menor sintomatología depresiva (Hahn-Holbrook et al., 2013).

Con respecto a la conducta materna, las madres con depresión parecen tener más probabilidades de participar en prácticas menos saludables con sus bebés en comparación con las madres sin depresión. Por ejemplo, tienen menos probabilidades de colocar a su bebé en la posición segura para dormir (Balbierz, Bodnar-Deren, Wang, y Howell, 2015; Paulson et al., 2006) y de usar el dispositivo de retención infantil para el automóvil (Balbierz et al., 2015). La depresión postparto también se asoció negativamente con la participación en actividades de enriquecimiento positivo con el niño (Cowley-Malcolm, Fairbairn-Dunlop, Paterson, Gao, y Williams, 2009; Lanzi et al., 2009; Paulson et al., 2006). Concretamente, las madres con depresión tenían menos probabilidades de contar historias a sus hijos/as y jugaban con menos frecuencia con ellos/as (Paulson et al., 2006). Así mismo, tenían una percepción más baja de su competencia como madre y una mayor dificultad en las tareas relacionadas con el cuidado infantil (Hibino et al., 2009).

En relación con los cuidados de salud infantil, Zajicek-Farber (2008) halló que las mujeres con depresión postparto tenían menos probabilidades de completar las revisiones rutinarias de los programas de salud del niño sano. Igualmente, estas madres eran menos propensas a completar los calendarios de vacunación infantil, acudían en mayor proporción a los servicios de urgencias con sus hijos/as (Minkovitz et al., 2005; Zajicek-Farber, 2008) y éstos/as tenían un mayor riesgo de hospitalización (Farr et al., 2013).

4.2.2. Consecuencias de la depresión postparto en los/as hijos/as

La depresión postparto aumenta el riesgo de resultados adversos en los niños. Respecto a la salud física, los lactantes de madres con depresión postparto parecen ganar menos peso que los lactantes de madres sin depresión (ej., Bakare, Okoye, y Obindo, 2014; Gress-Smith, Luecken, Lemery-Chalfant, y Howe, 2012; Nasreen, Kabir, Forsell, y Edhborg, 2013; Ndokera y

MacArthur, 2011). Se ha hallado que la presencia de síntomas depresivos maternos a los 5 meses postparto parece predecir una mayor proporción de enfermedades infantiles (Adewuya et al, 2008) tales como mayor número de episodios diarreicos por año (Adewuya et al., 2008; Rahman, Bunn, Lovel, y Creed, 2007), más episodios de dolor general (Darcy et al., 2011) y una mayor respuesta al dolor durante las vacunas de rutina (Moscardino, Axia, y Altoe, 2006). En la misma línea, Darcy et al. (2011) hallaron que la depresión a los 4 meses postparto predijo una peor calidad de vida relacionada con la salud para el lactante en los siguientes meses y se asoció con mayor prevalencia de enfermedad febril (Guo et al., 2013). Weobong et al. (2015) hallaron que la sintomatología depresiva en el postparto se asoció con un riesgo de mortalidad tres veces mayor en bebés de hasta 6 meses de edad, con un riesgo de mortalidad dos veces mayor hasta los 12 meses de edad y con mayor morbilidad infantil. También los trastornos del sueño resultaron ser más frecuentes en aquellos niños con madres que tenían síntomas depresivos crónicos y/o severos (Pinheiro et al., 2011).

Con respecto al desarrollo cognitivo-conductual, la depresión postparto se ha asociado con consecuencias en el desarrollo del niño, concretamente con retraso en el desarrollo motor (Nasreen et al., 2013), retraso del desarrollo cognitivo y del lenguaje (Kaplan, Danko, Cejka, y Everhart, 2015; Stein et al., 2014) y mayores problemas de conducta (Avan, Richter, Ramchandani, Norris, y Stein, 2010; Stein et al., 2014). Así mismo, los hijos/as de madres con depresión postparto presentan mayores tasas de apego inseguro o desorganizado (McMahon et al., 2006; Stein et al., 2014) y de abandono escolar (Murray et al., 2010, 2011; Sanger, Iles, Andrew, y Ramchandani, 2015). Recientemente, Netsi et al. (2018) hallaron que los/as hijos/as de madres con depresión postparto tenían un riesgo 2 veces mayor de desarrollar trastornos del comportamiento, 4 veces mayor de desarrollar problemas de conducta a los 3 años y 2 veces mayor de presentar dificultades en el desarrollo del pensamiento lógico - matemático a los 16 años.

Con respecto a la salud mental, los niños de madres con depresión presentan más trastornos del estado de ánimo (Hanington, Ramchandani, y Stein, 2010) y más problemas internalizantes (Bagner, Pettit, Lewinsohn, y Seeley, 2010; Gao, Paterson, Abbott, Carter, y Iusitini, 2007). En concreto, se observó que estos niños tienen mayor riesgo de tener depresión entre los 16 y los 18 años de edad (Murray et al., 2010, 2011; Sanger et al, 2015; Stein et al., 2014). Igualmente, Netsi et al. (2018) hallaron una mayor prevalencia (y 7 veces mayor riesgo) de depresión a los 18 años de edad en los/as hijos/as de madres con depresión postparto. Así

mismo, Wickramaratne et al. (2011) demostraron que el riesgo de depresión en los hijos aumenta notablemente tanto con la cronicidad como con la gravedad de la depresión materna.

4.3. SUICIDIO MATERNO Y FILICIDIO

La consecuencia más grave de la depresión postparto es el suicidio materno y el filicidio. Los trastornos mentales perinatales graves son un factor de riesgo significativo de muerte materna, aunque resulta difícil conocer su verdadero alcance debido a los problemas de clasificación (Navarro et al., 2017). En la clasificación internacional apoyada por la OMS, el suicidio durante el embarazo y tras los 42 días después del parto es considerado como causa indirecta de muerte materna y contabilizado en las tasas de mortalidad materna. Pero si éste ocurre entre los 43 días y los 6 meses posparto se considera una causa indirecta tardía y no es contabilizada en las tasas de mortalidad materna. El suicidio es el responsable del 20,0% de las muertes maternas durante el primer año postparto (Lindahl, Pearson, y Colpe, 2005). Es la cuarta causa de muerte materna indirecta en Gran Bretaña (Centre for Maternal and Child Enquiries [CMACE], 2011) y la primera en Nueva Zelanda (Perinatal and Maternal Mortality Review Committee [PMMRC], 2012).

La mayoría de las madres que se suicidaron habían iniciado el trastorno mental durante las primeras 6 semanas postparto; alrededor del 60,0% padecía un episodio afectivo grave que correspondía a un primer episodio en la mitad de ellas, siendo los trastornos responsables la depresión grave en un 20,0% de los casos o la psicosis puerperal en el 40,0% (Oates y Cantwell, 2011).

Por *filicidio* se entiende la acción de los padres de matar a un hijo/a (Navarro et al., 2017). En datos epidemiológicos de Estados Unidos, recogidos entre 1976-2005, la ratio de filicidio en menores de 5 años de raza blanca fue de 2,2-2,7/100.000 habitantes, siendo la madre la causante en el 29,0% de los casos (Fox y Zawitz, 2007). El 75,0% de los filicidios se producen durante el primer año de vida (Flynn, Shaw, y Abel, 2013).

Un trastorno mental grave en el puerperio puede asociarse, aunque de manera poco frecuente con el riesgo de filicidio. Entre el 60,0% y el 70,0% de las madres que cometen un filicidio padecen un trastorno mental (Flynn et al., 2013). De estos, entre un 20,0% - 30,0% se producen en el contexto de una depresión mayor y entre un 20,0% - 50,0% son casos de psicosis

puerperal (Flynn et al., 2013). La ideación o planificación suicida en una madre con trastorno mental postparto puede incluir el filicidio altruista, con el fin de evitar el sufrimiento o el abandono del recién nacido/a tras el fallecimiento materno (Spinelli, 2004). El 70,0% de las madres que realizó un suicidio ampliado (suicidio-filicidio) padecía en ese momento un episodio depresivo (Friedman, Horwitz, y Resnick, 2005). Una forma de filicidio es la muerte del neonato dentro de las primeras 24 horas de vida, que habitualmente no se asocia con una enfermedad mental. Éste es más frecuente en madres jóvenes de bajo nivel socioeconómico, en embarazos no deseados u ocultos y en embarazos con pocos cuidados de salud (Friedman, Hrouda, Holden, Noffsinger, y Resnick, 2005).

Pese a la gran infrecuencia de estas situaciones, su gravedad hace imprescindible plantearse en todos los casos de trastorno afectivo grave y psicosis puerperal la exploración de los sentimientos de la madre hacia el/la recién nacido/a, así como agilizar aquellas actuaciones necesarias para impedir estas drásticas consecuencias (Navarro et al., 2017).

5. LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

La depresión es el trastorno mental más prevalente en el embarazo (Alipour et al., 2012). Tradicionalmente se pensaba que el embarazo protegía a las mujeres frente al inicio o recaída de un trastorno depresivo, sin embargo, se ha demostrado que el embarazo no solo no las protege sino que junto con el postparto son dos periodos de gran vulnerabilidad (Cohen et al., 2006; Kamysheva et al., 2010; Smith et al., 2011). Algunos estudios han encontrado que la depresión antenatal es tan frecuente o más que la depresión postparto (Bowen y Muhajarine, 2006; Edwards, Galletly, Semmler-Booth, y Dekker, 2008; Evans et al., 2001; Rahman, Iqbal, Bunn, Loven, y Harrington, 2004); sin embargo, a menudo es infradiagnosticada y, por tanto, no tratada (Vesga-López et al., 2008). Además, la depresión antenatal constituye un importante problema de salud pública (Ajinkya, Jadhav, y Srivastava, 2013) debido principalmente a las tres razones siguientes que se comentan a continuación.

En primer lugar, la prevalencia de depresión durante el embarazo es alta (Pereira, Lovisi, Pilowsky, Lima, y Legay, 2009; Teixeira, et al., 2009), a pesar de que muchas mujeres permanecen subdiagnosticadas (Milgrom et al., 2008). Además, los síntomas de la depresión no son más comunes o graves después del parto que durante el embarazo (Evans et al., 2001) y su

prevalencia en los diferentes trimestres varía según los estudios (ej., Banti et al., 2011; Borra, Iacovou y Sevilla, 2015; Park, Karmaus y Zhang, 2015; Weng, Huang, Huang, Lee y Chen, 2016). A pesar de ello, la depresión durante el embarazo ha recibido mucha menos atención que la depresión postparto tanto en términos de investigación como de interés por parte de la comunidad científica y medios de comunicación (Bowen y Muhajarine, 2006). Sin embargo, en la última década, el estudio de la depresión antenatal está adquiriendo mayor relevancia. Esto puede deberse a un aumento de los casos diagnosticados de depresión en las mujeres embarazadas. Por otro lado, puede estar relacionado con la mayor predisposición por parte de las usuarias de los servicios de atención primaria de informar de la sintomatología a sus profesionales de referencia y/o a sus familiares más cercanos. También, puede ser debido a la adquisición de mayor conciencia entre los profesionales de las consecuencias de la depresión antenatal en el desarrollo del feto (Kheirabadi y Maracy, 2010).

En segundo lugar, estudios centrados en el período perinatal encontraron que la depresión durante el embarazo es el factor de riesgo más importante para la depresión postparto (ej., Cankorur et al., 2015; Faisal-Cury y Menezes, 2012; Heron, O'Connor, Evans, Golding, y Glover, 2004; Johanson, Chapman, Murray, Johnson, y Cox, 2000; Míguez, Fernandez, et al., 2017; Patel y Kleinman, 2003; Wissart, Parshad, y Kulkarni, 2005; Yonkers et al., 2001).

Por último, como se ha visto en el anterior apartado, la depresión durante el embarazo tiene un impacto negativo tanto en el curso del embarazo como en el resultado fetal y neonatal (Alder et al., 2011; Bansil et al., 2010; Waldie et al., 2015), siendo la creciente investigación en el campo de la "programación fetal" lo que ha disparado el interés por el estudio de la depresión durante el embarazo (Lewis et al., 2014). Según esta teoría, el período perinatal es una etapa crítica en la que se deben centrar los esfuerzos de protección de la salud mental y desarrollarse modelos de prevención (Lewis et al., 2014). Hoy se sabe que el estado psicológico de una madre durante el embarazo tiene un importante impacto en el desarrollo y la salud posterior de su hijo/a (Waldie et al., 2015). El feto en desarrollo se adapta a un entorno adverso en el útero que puede llevar a cambios permanentes en la estructura y la fisiología (Lewis et al., 2014). En este sentido, O'Donnell et al. (2009) concluyeron que la asociación entre el estrés materno, la depresión o la ansiedad en el embarazo y un resultado adverso del neurodesarrollo del niño es evidente.

5.1. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

El objetivo de este apartado es recoger las distintas tasas de prevalencia de la depresión durante el embarazo que se han encontrado en diferentes países. Como se verá a continuación, es importante tener en cuenta que las tasas de prevalencia varían en función de variables culturales, diferencias en la percepción de la salud mental y de los diferentes criterios diagnósticos, instrumentos, puntos de corte y momentos de evaluación utilizados (Halbreich y Karkun, 2006).

En primer lugar, debido a su relevancia, se comentarán tres revisiones que aglutinan la investigación existente hasta el año 2004.

La primera de las revisiones es la realizada por Bennett et al., (2004), cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la depresión durante el embarazo por trimestre, tanto la obtenida con instrumentos de screening como con entrevistas clínicas, y comparar las tasas halladas entre ambas. Para ello realizaron una revisión de los estudios publicados desde 1966 hasta febrero de 2003. De los 714 artículos identificados, 21 reunían los criterios de inclusión y fueron incorporados a la revisión. Tras realizar un metaanális de los datos aportados por los estudios incluidos, la prevalencia de depresión fue del 7,4%, 12,8% y 12,0%, en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. La prevalencia por trimestre hallada con instrumentos de cribado osciló entre el 5,3% y el 24,6% en el primer trimestre, del 2,2% al 29,6% en el segundo, y del 5,0% al 51,4% en el tercero. Por otro lado, las tasas de prevalencia obtenidas con entrevistas clínicas oscilaron entre el 0,5% - 10,8% en el primer trimestre, el 3,0% - 16,0% en el segundo y el 0,5% - 20,8% en el tercero.

Un año más tarde, Gavin et al. (2005) publicaron una revisión cuyo objetivo fue conocer la prevalencia e incidencia de la depresión perinatal y compararlas con las de mujeres fuera de este periodo. Se revisaron 109 articulos publicados entre los años 1980 y 2004, y 28 estudios fueron incorporados a la revisión. Los autores aportaron varias conclusiones. Por un lado, con respecto a cuál es el momento de mayor prevalencia de depresión, esta no parece ser más alta en ningún punto concreto durante el embarazo. Por otro lado, no encontraron apoyo para la hipótesis de que la depresión es mayor en la etapa perinatal con respecto a mujeres de la misma edad fuera de este periodo. En cuanto a los instrumentos utilizados para la evaluación de la depresión, la entrevista clínica y, en particular, la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS; Endicott y Spitzer, 1978) fue la más utilizada, seguida de la SCID. En tan solo 10 de los 28 estudios, las mujeres fueron primero evaluadas con un instrumento de

screening como la EPDS, el BDI y el GHQ y, a continuacion, aquellas que puntuaban por encima de un determinado punto de corte, eran valoradas con una entrevista clínica. En cuanto a los datos de prevalencia de la depresión durante el embarazo, en el primer trimestre la prevalencia de depresión combinada (mayor y menor) fue de un 11,0% mientras que en el segundo y tercer trimestres fue del 8,5%.

En el mismo año, Gaynes et al. (2005) publicaron una revisión cuyos objetivos fueron conocer 1) la prevalencia e incidencia de la depresión perinatal, 2) la precisión de los diferentes instrumentos de evaluación y 3) la eficacia de las intervenciones en aquellas mujeres que obtuvieron puntuaciones de alto riesgo para la depresión perinatal. Para ello los autores analizaron los estudios publicados desde 1980 hasta marzo de 2004. Hallaron 30 artículos que aportaban datos de prevalencia de depresión perinatal. En esta selección, se excluyeron los trabajos que estimaban la depresión basándose sólo en instrumentos de autoinforme (con los cuales se habían encontrado prevalencias sobrestimadas). De este modo, la prevalencia para la depresión mayor oscilaba del 3,1% al 4,9% en diferentes momentos durante el embarazo mientras que para la depresión combinada (menor y mayor) el rango fue del 8,5% al 11,0%. Sin embargo, los autores observaron que a las tasas de prevalencia que se habían calculado se les había concedido un amplio intervalo de confianza, lo que sugería que en las estimaciones cabía esperar un cierto margen de error. La prevalencia de depresión hallada no fue significativamente diferente de las tasas de prevalencia en mujeres de la misma edad fuera del periodo perinatal.

A continuación, se comentarán los resultados hallados en los estudios publicados sobre prevalencia de la depresión en el embarazo ordenados por país/región de procedencia de la muestra, en los últimos 10 años. Se aportarán de forma separada los datos de prevalencia obtenidos con cuestionarios de autoinforme (Tabla 2 y Tabla 3) de aquellos obtenidos con entrevistas clínicas (Tabla 4).

5.1.1 Prevalencia de la depresión en el embarazo con cuestionarios de autoinforme

En Estados Unidos y Canadá, tres estudios aportan datos de prevalencia de depresión en el embarazo utilizando una metodología diferente. Por un lado, en Estados Unidos, Ashley, Harper, Arms-Chavez, y LoBello (2016) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de la depresión mayor y menor en una cohorte de 3010 mujeres embarazadas estadounidenses. Para evaluar la depresión mayor usaron el PHQ-8 con un punto de corte ≥ 10 y hallaron una prevalencia del 6,1%. Para la depresión menor, se tuvieron en cuenta puntuaciones

en el PHQ-8 entre 5 y 9. Con este criterio, la prevalencia hallada fue del 16,6%. Por otro lado, McCall-Hosenfeld, Phiri, Schaefer, Zhu y Kjerulff (2016) evaluaron a 2802 mujeres para analizar la trayectoria de la depresión perinatal utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 y hallaron una prevalencia de sintomatología depresiva del 8,5% en el tercer trimestre.

En Canadá, Verreault et al. (2014) llevaron a cabo un estudio para analizar los factores de riesgo asociados a la depresión durante el embarazo y postparto. Para ello evaluaron a 364 mujeres canadienses en el tercer trimestre de embarazo y hallaron una prevalencia del 28,3%, utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10.

Respecto a Latinoamérica, en Brasil es donde se han llevado a cabo un mayor número de estudios. En este país, De Vargas et al. (2017) evaluaron a una cohorte de 4130 mujeres brasileñas embarazadas que se encontraban de media en las 23,2 semanas de gestación. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia del 16,0%. Otra investigación llevada a cabo por Castro e Couto et al. (2016), estimó la prevalencia de la depresión antenatal con la EPDS, el BDI y la entrevista clínica Mini-International Neuropsychiatric Inerview-Plus (MINI). Para ello evaluaron a 148 mujeres brasileñas en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 11, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 33,3% (n = 30) en el segundo trimestre y del 27,9% (n = 31) en el tercero. Con el BDI y un punto de corte ≥ 15, encontraron una prevalencia del 23,9% (n = 32) y del 18,3% (n = 24) en el segundo y tercer trimestres, respectivamente. También en Brasil, Melo et al. (2012) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de la depresión en el tercer trimestre de embarazo y a las 4-6 semanas postparto e identificar los factores de riesgo asociados. Para ello, evaluaron a 600 embarazadas con la EPDS. La prevalencia de sospecha de depresión hallada en el tercer trimestre fue del 24,3% (n = 146) utilizando un punto de corte ≥ 12. Otra investigación realizada por Silva et al. (2012) encontró una prevalencia de sospecha de depresión del 20,5% (n = 209) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13, en una muestra de 1264 embarazadas que se encontraban de media en las 27,7 semanas de gestación.

Por otro lado, en Mexico, Lara et al. (2015) realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de sintomalogía depresiva en el tercer trimestre de embarazo. Para ello, 210 embarazadas fueron evaluadas con el PHQ-9. Con este instrumento y un punto de corte ≥ 10, la prevalencia de sospecha de depresión hallada fue del 16,6% (n = 19).

En Nicaragua, un estudio realizado por Verbeek, Arjadi, Vendrik, Burger, y Berger (2015) evaluó la prevalencia de sospecha de depresión en una muestra de 98 mujeres en su tercer trimestre de embarazo. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12, la prevalencia hallada fue del 57,0 % (n = 56).

En Nueva Zelanda y Australia los investigadores han utilizado la misma metodología para estimar la prevalencia de depresión en el embarazo. En Nueva Zelanda, Waldie et al. (2015) realizaron un estudio con una muestra de 5664 embarazadas en su tercer trimestre de gestación. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 11,9% (n = 672).

En Australia, Woolhouse, Gartland, Mensah y Brown (2015) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que evaluaron a 1507 mujeres en el primer trimestre de embarazo y posteriormente a los 3, 6, 12 y 18 meses postparto, así como a los 4 años. Utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 13 y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión en el primer trimestre del 8,8%. Utilizando el mismo criterio, Ogbo et al. (2018) llevaron a cabo un estudio retrospectivo en una cohorte de 17,564 mujeres embarazadas con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la depresión antenatal. Se halló una prevalencia de sospecha de depresión del 6,2%. El mismo grupo de investigación (Eastwood et al., 2017) publicó un estudio cuyo objetivo era analizar la relación entre la presencia de sintomatología depresiva en el embarazo y las consecuencias perinatales tanto en la madre como en el niño. Utilizando la misma muestra e igual punto de corte para la EPDS, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 7,0% en el primer trimestre de embarazo.

En los países asiáticos es donde se han llevado a cabo un buen número de los estudios sobre prevalencia de la depresión en el embarazo en los últimos años. Concretamente, en China, Hu et al., (2019) evaluaron a 996 mujeres en el segundo y tercer trimestre de gestación utilizando la EPDS. Con un punto de corte ≥ 10 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 9,3% y del 9,6%, respectivamente. En el mismo año, Chen et al., (2019) con un punto de corte en la EPDS > 9, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 29,6% en una muestra de 776 embarazadas en su tercer trimestre de gestación. Así mismo, Yu et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en el cual se evaluó a una muestra de 1653 embarazadas que completaron el Self-rating Depression Scale (SDS; Zung, 1965) en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación. Las tasas de prevalencia de sospecha de depresión halladas con un punto de corte ≥ 53 fueron del 35,6% (n = 1299), 24,2% (n = 565) y 26,2% (n = 555), en el primer,

segundo y tercer trimestre, respectivamente. Otra investigación realizada por Padmapriya et al. (2016) evaluó la prevalencia de sospecha de depresión en una muestra de 1,136 mujeres entre las 26-28 semanas de gestación. Para ello se utilizó la EPDS con un punto de corte ≥ 15 y la prevalencia hallada fue del 7,3% (n = 84). En este mismo país, Weng et al. (2016), con una muestra de 3867 embarazadas y utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 14, encontraron una prevalencia de sospecha de depresión del 14,3%, 13,7% y 16,6% en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente.

En Taiwan, Tsao, Creedy y Gamble (2015) con el objetivo de estimar la prevalencia de sintomatología depresiva, llevaron a cabo un estudio con una muestra de 162 mujeres que fueron evaluadas con la EPDS en el tercer trimestre de embarazo. Utilizando un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia del 17,3%.

En Corea, Park, et al. (2015) llevaron a cabo un estudio para conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión durante el embarazo y el postparto. Para ello evaluaron a 153 mujeres en cada uno de los trimestres del embarazo y a las 4 semanas postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 9 hallaron una prevalencia del 40,5% en el primer trimestre, 42,5% en el segundo y 61,4% en el tercero.

Ajinkya, et al. (2013) realizaron un estudio en la India con una muestra de 185 embarazadas. Utilizando el BDI con un punto de corte ≥ 17, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 2,2% en el primer trimestre, del 5,4% en el segundo y del 1,6% en el tercero.

En Malaysia, Fadzil et al. (2013) con una muestra de 175 mujeres con una edad gestacional media de 26,82 semanas determinaron la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión y ansiedad durante el embarazo. Para ello utilizaron la HADS con un punto de corte ≥ 8 y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 10,3%.

Los países árabes, con Turquía a la cabeza, aportan el mayor número de estudios sobre prevalencia de depresión. Si bien la metodología usada difiere entre los distintos trabajos, la EPDS sigue siendo la escala más utilizada. En Kuwait, Pampaka et al. (2018) evaluó a una muestra de 1916 mujeres que se encontraban entre el segundo y tercer trimestre de gestación. Usando la EPDS con un punto de corte ≥ 10 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 20,1%. El mismo año, González-Mesa et al. (2018), para analizar los factores culturales que influyen en la depresión antenatal evaluaron simultáneamente a una cohorte de mujeres en su primer trimestre de embarazo en Turquía y en España. En Turquía, con una muestra de 250

embarazadas y usando la EPDS con un punto de corte ≥ 13, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 30,0% (los datos referentes a la población española se ofrecerán en el apartado correspondiente). En otro estudio llevado a cabo por Al-Azri et al. (2016), evaluaron a 959 mujeres de la región de Omán en su tercer trimestre de embarazo. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 24,3% (n = 233).

También en Turquía, Sahin y Memnun (2018) llevaron a cabo un estudio para estimar la prevalencia de depresión durante el embarazo y el postparto. Para ello evaluaron a 497 mujeres con el BDI entre las 12 y las 42 semanas de embarazo. Utilizando un punto de corte ≥ 17 hallaron una prevalencia del 13,5%. Por otro lado, Boratav, Toker y Kuey (2015) evaluaron a 128 mujeres que se encontraban en su tercer trimestre de embarazo. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 30,5%. Por último, Yanikkerem, Ay, Mutlu, y Goker (2013) llevaron a cabo otro estudio para estimar la prevalencia de la depresión durante el embarazo y los factores de riesgo asociados. Para ello, evaluaron a una muestra de 651 mujeres en cada trimestre del embarazo con el BDI, utilizando un punto de corte ≥ 17. Con este criterio diagnóstico, la prevalencia hallada fue del 18,3% (n = 13) en el primer trimestre, 7,3% (n = 16) en el segundo y 11,6% (n = 42) en el tercero, respectivamente.

En Arabia Saudí, Al-Hejji, Al-Khudhair, Al-Musaileem, y Al-Eithan (2019) evaluaron a una cohorte de 357 mujeres embarazdas y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 31,9%, utilizando al EPDS con un punto de corte ≥ 12.

En Israel, Glasser et al. (2012) llevaron a cabo un estudio con 1254 embarazadas en su 26 semana de gestación y evaluaron la sospecha de depresión con la EPDS utilizando un punto de corte ≥ 10. La prevalencia hallada fue del 20,8%. Con el mismo instrumento y punto de corte, Polachek, Harari, Baum y Strous (2014) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 24,7% en una muestra de 102 mujeres israelís evaluadas en en el tercer trimestre de embarazo.

En Pakistán, Husain et al. (2011) realizaron una investigación con 1357 embarazadas en su tercer trimestre de gestación y encontraron una prevalencia de síntomas depresivos del 25,8% (n = 350) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12. En otro estudio realizado con una muestra de 353 mujeres jordanas en su tercer trimestre de gestación, Mohammad, Gamble, y Creedy (2011) determinaron la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión

durante el embarazo y el postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión en el embarazo del 19,0% (n = 67).

En Irán, Kheirabadi y Maracy (2010) con una muestra de 1684 embarazadas en su tercer trimestre de gestación, evaluaron la presencia de sospecha de depresión usando el BDI-II con un punto de corte > 20. La prevalencia hallada fue del 22,8% (n = 384). En el mismo país, Abdollahi, Zarghami, Azhar, Sazlina y Lye (2014) llevaron a cabo un estudio para conocer los factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión postparto. Para ello evaluaron a 1950 mujeres en el tercer trimestre de embarazo y a las 2 y 12 semanas postparto. La prevalencia hallada en el embarazo fue del 21,4% utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12.

En el continente africano, encontramos varios estudios que aportan datos de prevalencia de la depresión durante el embarazo. Concretamente, en Sudáfrica, Redinger, Norris, Pearson, Richter, y Rochat (2018) llevaron a cabo una investigación en una cohorte de 946 mujeres embarazadas de la región de Soweto, en el sur de África, para determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en el primer trimestre de embarazo y los factores de riesgo asociados. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia del 27,0% (n = 253). En Nigeria, Thompson y Ajayi (2016) evaluaron a 314 mujeres que se encontraban de media en el 6,3 mes de gestación. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 encontraron una prevalencia de sospecha de depresión del 24,5%. En otro estudio llevado a cabo por Brittain et al. (2015), evaluaron a 726 mujeres de la región de Western Cape, en Sudáfrica, en su tercer trimestre de gestación, con el objetivo de conocer los factores de riesgo asociados a la depresión antenatal y sus consecuencias en el/a recién nacido/a. Utilizando el BDI con un punto de corte ≥ 20 hallaron una prevalencia del 21,0% (n = 156). En la región de Ghana, Weobong et al. (2014), realizaron una investigación en una cohorte de 20.920 mujeres que se encontraban entre los 3 y 9 meses de gestación con el fin de determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la depresión antenatal. Para estimar la depresión mayor usaron el PHQ-9 con un punto de corte ≥ 5. Para determinar la prevalencia de depresión menor usaron el PHQ-9 con una puntuación entre 2 y 4. Con estos criterios diagnósticos, la prevalencia de depresión mayor fue del 0,6% y la de depresión menor fue del 9,3%.

Por lo que respecta a Europa, también se hallan diferentes prevalencias en función de los países. En Italia, Giardinelli et al. (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el periodo perinatal y los factores de riesgo asociados en una muestra de 590 embarazadas en su tercer trimestre de gestación. Se utilizó la

EPDS con un punto de corte ≥ 10 para evaluar la sospecha de depresión y hallaron una prevalencia del 21,9% (n = 129). Gaillard et al. (2014), realizaron un estudio en Francia con 264 embarazadas en su tercer trimestre de gestación y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 16,7% (n = 44) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12.

En Grecia, Koutra et al. (2014) analizaron si la salud mental antenatal era un predictor de la salud mental postparto. Para ello evaluaron a 438 mujeres que se encontraban en su tercer trimestre de embarazo. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 16,7%. En este mismo país, Gourounti, Anagnostopoulos, Lykeridou, Griva, y Vaslamatzis (2013) llevaron a cabo un estudio con 163 embarazadas que se encontraban entre las 11 y las 26 semanas de gestación y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 32,7% con la CES-D utilizando un punto de corte ≥ 16. Concretamente, la prevalencia fue del 34,4% en las mujeres que se encontraban entre las 11-14 semanas de gestación y del 32,3% en las que se encontraban entre las 15-26 semanas.

En Hungría, Bödecs et al. (2013), analizaron la prevalencia de sintomatología depresiva con una muestra de 503 embarazadas en su primer trimestre de gestación. Utilizando el BDI, hallaron una prevalencia de sintomatología depresiva leve del 16,1% (n = 81), moderada del 2,4% (n =12) y severa del 1,4% (n = 7). Por tanto, el 19,9% (n = 100) de las embarazadas presentaban sintomatología depresiva de carácter leve a severo.

En Alemania, Goecke et al. (2012), con una muestra de 161 gestantes primíparas en su tercer trimestre de embarazo, hallaron una prevalencia de sintomatología depresiva leve del 16,9% y del 7,5% para la moderada-severa. Se utilizó la EPDS con un punto de corte ≥ 9 para detectar síntomas leves, y con un punto de corte ≥ 12 para detectar síntomas de carácter moderado-severo.

Dugalic (2013) llevó a cabo una investigación en Serbia con una muestra de 212 embarazadas en su tercer trimestre de gestación. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 21,7% (n = 46).

Verbeek et al. (2015) realizaron un estudio en los Países Bajos con una muestra de 4725 embarazadas en su tercer trimestre de embarazo. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12, hallaron una prevalencia del 6,0 % (n = 280).

Tabla 2. Prevalencia de la depresión durante el embarazo con cuestionarios de autoinforme por trimestre y país.

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Prevalencia (%)
1	Woolhouse et al. (2015)	Australia	EPDS ≥ 13	8,8
	Eastwood et al. (2017)	Australia	EPDS ≥ 13	7,0
	Weng et al. (2016)	China	EPDS ≥ 14	14,3
	Yu et al. (2017)	China	SDS ≥ 53	35,7
	Park et al. (2015)	Corea	EPDS ≥ 9	40,5
	Ajinkya et al. (2013)	India	BDI ≥ 17	2,2
	Yanikkerem et al. (2013)	Turquía	BDI ≥ 17	18,3
	González-Mesa et al. (2018)	Turquía	EPDS ≥ 13	30,0
	Redinger et al. (2017)	Sudáfrica	EPDS ≥ 13	27,0
	Bodecs et al. (2013)	Hungría	BDI	19,9
	Gouronti et al. (2013)	Grecia	CES-D ≥ 16	34,4
2	Weng et al. (2016)	China	EPDS ≥ 13	13,7
	Yu et al. (2017)	China	SDS ≥ 53	24,2
	Hu et al. (2019)	China	EPDS ≥ 10	9,34
	Park et al. (2015)	Corea	EPDS ≥ 9	42,5
	Ajinkya et al. (2013)	India	BDI ≥ 17	5,40
	Yanikkerem et al. (2013)	Turquía	BDI ≥ 17	7,3
	Castro e Couto et al. (2016)	Brasil	EPDS ≥ 11 BDI ≥ 15	33,3 23,9
	Gouronti et al. (2013)	Grecia	CES-D ≥ 16	32,3
	Borra et al. (2015)	UK	EPDS > 14	7,0
	Pinto et al. (2017)	Portugal	EPDS ≥ 10	24,4
3	Verreault et al. (2014)	Canadá	EPDS ≥ 10	28,3
	Mc-Hosenfeld et al. (2016)	USA	EPDS ≥ 12	8,52
	Lara et al. (2015)	Mexico	PHQ-9 ≥ 10	16,6
	Verbeek et al. (2015)	Nicaragua	EPDS ≥ 12	57,0
	Melo et al. (2012)	Brasil	EPDS ≥ 12	24,3
	Silva et al. (2012)	Brasil	EPDS ≥ 13	20,5
	Castro e Couto et al. (2016)	Brasil	EPDS ≥ 11 BDI ≥ 15	28,0 18,3
	Waldi et al. (2015)	Nueva Zelanda	EPDS ≥ 13	11,9
	Weng et al. (2016)	China	EPDS ≥ 13	16,6
	Padmapriya et al. (2016)	China	EPDS ≥ 15	7,3
	Yu et al. (2017)	China	SDS ≥ 53	26,2
	Hu et al. (2019)	China	EPDS ≥ 10	9,64
	Cheng et al. (2019)	China	EPDS > 9	29,6
	Park et al. (2015)	Corea	EPDS ≥ 9	61,4
	Ajinkya et al. (2013)	India	BDI ≥ 17	1,62
	Tsao et al. (2016)	Taiwan	EPDS ≥ 13	17,3
	Glasser et al. (2012)	Israel	EPDS ≥ 10	20,8
	Polachek et al. (2014)	Israel	EPDS ≥ 10	24,7
	Husain et al. (2011)	Pakistan	EPDS ≥ 12	25,8
	Al-Azry et al. (2016)	Omán	EPDS ≥ 13	24,3
	Yanikkerem et al. (2013)	Turquía	BDI ≥ 17	11,6
	Boratav et al. (2015)	Turquía	EPDS ≥ 12	30,5
	Kheirabadi et al. (2010)	Irán	BDI-II >20	22,8
	Abdollahi et al. (2014)	Irán	EPDS ≥ 12	21,4
	Mohammad et al. (2011)	Jordania	EPDS ≥ 13	19,0

EPDS: Edinburgh Postnatal Depresion Scale; SDS: Self-rating Depression Scale; BDI: Beck Depression Inventory; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire

Tabla 2. Prevalencia de la depresión durante el embarazo con cuestionarios de autoinforme por trimestre y país (Cont.).

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Prevalencia (%)
3	Brittain et al. (2015)	Sudáfrica	BDI-II ≥ 20	21,0
	Goecke et al. (2012)	Alemania	EPDS ≥ 9 EPDS ≥ 12	16,9 7,5
	Giardinelli et al. (2012)	Italia	EPDS ≥ 10	21,9
	Dugalic (2013)	Serbia	EPDS ≥ 12	21,7
	Gaillard et al. (2014)	Francia	EPDS ≥ 12	16,7
	Koutra et al. (2014)	Grecia	EPDS ≥ 13	16,7
	Borra et al. (2015)	UK	EPDS > 14	8,0
	Figueiredo y Costa (2009)	Portugal	EPDS ≥ 10	26,7
	Pinto et al. (2017)	Portugal	EPDS ≥ 10	24,2
	Verbeek et al. (2015)	Paises bajos	EPDS ≥ 12	6,0

EPDS: Edinburgh Postnatal Depresion Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory

En Inglaterra, Borra, Iacovou y Sevilla (2015) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el cual, partiendo de una muestra de 13988 mujeres pertenecientes al Avon Longitudinal Survey of Parents and Children (ALSPAC), evaluaron la sospecha de depresión utilizando la EPDS con un punto de corte > 14. Con este criterio hallaron una prevalencia media del 7,0% y del 8,0% en el segundo y tercer trimestre de embarazo, respectivamente.

En Irlanda, Jairaj et al., (2019) evaluaron la presencia de sospecha de depresión en una cohorte de 5.000 embarazadas utilizando la EPDS. Con un punto de corte ≥ 13, la prevalencia hallada fue del 15,8%.

En Portugal, Figueiredo y Costa (2009) evaluaron a 91 mujeres con la EPDS y un punto de corte ≥ 10, hallando una prevalencia de sospecha de depresión del 26,7% en el tercer trimestre. Con el mismo criterio, Pinto, Caldas, Nogueira-Silva y Figueiredo (2017) hallaron en una muestra de 172 mujeres una prevalencia del 24,4% y del 24,2% en el segundo y tercer trimestre, respectivamente.

A la vista de los datos aportados por los estudios incluidos en esta revisión, es evidente la gran variabilidad existente, no solo en las tasas de prevalencia aportadas, sino también, y en parte debido a ésto, en la metodología empleada. Es cierto que las diferencias culturales y en la percepción de la salud mental, así como en la forma de expresar o manifestar la sintomatología depresiva en particular, dificultan el poder adoptar un criterio único. No obstante, podemos resumir algunos de los principales hallazgos.

Tabla 3. Prevalencia de la depresión en el embarazo con cuestionarios de autoinforme por país.

	Estudio	País	Instrumento	Prevalencia (%)
Embarazo	Ashley et al. (2016)	US	PHQ-8 ≥ 10 PHQ-8 (5-9)	(Mayor) 6,1 (Menor) 16,6
	De Vargas et al. (2017)	Brasil	EPDS ≥ 13	16,0
	Ogbo et al. (2018)	Australia	EPDS ≥ 13	6,2
	Fadzil et al. (2013)	Malaysia	HADS ≥ 8	10,3
	Pampaka et al. (2018)	Kuwait	EPDS ≥ 10	20,1
	Yanikkerem et al. (2013)	Turquía	BDI ≥ 17	10,9
	Sahin et al. (2018)	Turquía	BDI ≥ 17	13,5
	Al-Hejji et al. (2019)	Arabia Saudí	EPDS ≥ 12	31,9
	Weobongo et al. (2014)	Ghana	PHQ-9 ≥ 5 PHQ-9 (2-4)	(Mayor) 0,6 (Menor) 9,3
	Thompson y Ajayi (2016)	Nigeria	EPDS ≥ 12	24,5
	Jairaj et al. (2019)	Irlanda	EPDS ≥ 13	15,8

PHQ-8/9: Patient Health Questionnaire; EPDS: Edinburgh Postnatal Depresion Scale; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; BDI: Beck Depression Inventory

En cuanto a la metodología utilizada, solo cinco estudios llevados a cabo en China (Weng et al., 2016; Yu et al., 2017), Corea (Park et al., 2015), India (Ajinkya et al., 2013) y Turquía (Yanikkerem et al., 2013), recogen los datos de forma longitudinal y en cada trimestre de embarazo. Por contra, los estudios tranversales son los más utilizados. Concretamente, es en el tercer trimestre de embarazo donde se han llevado a cabo la mayoría de las evaluaciones para establecer la prevalencia de la depresión. En otros casos, las prevalencias aportadas corresponden a cohortes de mujeres evaluadas una sola vez en cualquier momento de la gestación (Tabla 3).

Con respecto a los instrumentos de evaluación, los cuestionarios de autoinforme más utilizados son la EPDS y el BDI, aunque con distintos puntos de corte incluso en datos obtenidos en el mismo país o región como es el caso de Brasil, China o Países Árabes.

Teniendo en cuenta los estudios que han utilizado cuestionarios de autoinforme (Tabla 2), la prevalencia en el primer trimestre toma valores entre el 2,2% de Ajinkya et al. (2013) en la India y el 35,7% de Yu et al. (2017) en China. En el segundo trimestre, los valores oscilarían entre el 5,4% de Ajinkya et al. (2013) y el 33,3% de Castro e Couto et al. (2016) en Brasil. Por último, en el tercer trimestre, la prevalencia de depresión se encontraría entre el 1,6% de Ajinkya et al. (2013) en la India y el 61,4% de Park et al. (2015) en Corea. Cabe destacar que los valores extremos de estos rangos de prevalencia corresponden a la India, China, Brasil y Corea.

Si nos centramos en Europa, en el primer trimestre, Bödecs et al. (2013) en Hungría hallaron una prevalencia del 19,9 % con el BDI mientras que la hallada por Gourounti et al. (2013) en Grecia fue del 34,4% con el CES -D. También en Grecia, los mismos autores hallaron una prevalencia en el segundo trimestre del 32,3%. Finalmente, en el tercer trimestre, la prevalencia osciló entre el 6,0% de Verbeek et al. (2015) en los Países Bajos y el 26,7% de Figueiredo y Costa (2009) en Portugal.

Por otro lado, para la totalidad del embarazo (Tabla 3) la prevalencia de sospecha de depresión hallada con cuestionarios de autoinforme osciló entre el 6,2% de Ogbo et al. (2018) en Australia y el 31,9% de Al-Hejji et al. (2019) en Arabia Saudí, ambos utilizando la EPDS, pero con un punto de corte ≥ 13 y ≥ 12, respectivamente. Cabe mencionar que dos trabajos han aportado datos de prevalencia de depresión mayor y menor evaluada con cuestionarios de autoinforme, concretamente con el PHQ-8 (Ashley et al., 2016) y PHQ-9 (Weobong et al., 2014). En este caso la prevalencia de depresión mayor osciló entre el 0,6% (Ghana) y el 6,1% (US), mientras que para la depresión menor osciló etre el 9,3% (Ghana) y el 16,6% (US).

Con respecto a aquellos estudios que han recogido los datos de forma longitudinal en los tres trimestres, resulta difícil extraer una conclusión sobre la trayectoria de la depresión a lo largo del embarazo. Esto se debe a que los instrumentos y puntos de corte empleados son diferentes, así como los resultados hallados. Concretamente, Park et al., (2015) y Weng, et al., (2016) utilizaron como instrumento de cribado la EPDS, pero con puntos de corte ≥ 14 y ≥ 9, respectivamente. Por otro lado, de los 5 estudios, en tres de ellos (Weng et al., 2016; Yanikkerem et al., 2013; Yu et al., 2017) las tasas de prevalencia fueron menores en el segundo trimestre de gestación. En cambio, para Park et al., (2015) la prevalencia fue menor en el primer trimestre y para Ajinkya et al. (2013) fue menor en el tercer trimestre.

5.1.2. Prevalencia de la depresión en el embarazo con entrevista clínica

A continuación, se comentarán aquellos estudios que han aportado datos de prevalencia de la depresión durante el embarazo utilizando como instrumento diagnóstico una entrevista clínica (Tabla 4). En primer lugar, se mencionarán aquellos trabajos que solamente han utilizado la entrevista clínica y a continuación los que han empleado conjuntamente entrevista y cuestionarios de autoinforme.

En Portugal, Marques et al. (2011) evaluaron a 581 mujeres en el tercer trimestre para determinar si el insomnio en este momento del embarazo podía ser un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en el postparto. Para ello utilizaron la Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS; Azevedo et al., 1993) y se basaron en los criterios diagnósticos del DSM-IV para estimar la prevalencia de depresión mayor y de la CIE-10 para la depresión leve-moderada. Hallaron una prevalencia del 1,1% y del 2,8%, respectivamente.

En Italia, Banti et al. (2011) llevaron a cabo un estudio longitudinal para conocer la prevalencia e incidencia de la depresión a lo largo del embarazo y hasta el primer año postparto. Para ello utilizaron la SCID y los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de la depresión combinada (mayor y menor). En el primer trimestre de embarazo, tras evaluar a 1.066 embarazadas, hallaron una prevalencia del 8,6% (n = 92). En el segundo trimestre la prevalencia fue del 2,6% (n =24) en una muestra de 935 embarazadas. Finalmente, en el tercer trimestre hallaron una prevalencia del 1,7% (n = 15) en una muestra de 862 gestantes.

A continuación, se muestran los resultados de los tres estudios que han utilizado la entrevista clínica y cuestionarios de autoinforme y que por tanto ya han sido descritos en el apartado anterior. Aquí solamente se hará referencia a los datos de prevalencia obtenidos con la entrevista clínica.

En Mexico, Lara et al. (2015) utilizaron la entrevista clínica SCID en el tercer trimestre de embarazo y hallaron una prevalencia de depresión mayor según los criterios del DSM-IV del 9,0%.

En Brasil, Castro e Couto et al. (2016) utilizaron la entrevista clínica Mini-International Neuropsychiatric Inerview-Plus (MINI) para evaluar la prevalencia de depresión en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Con este instrumento, la prevalencia de depresión mayor hallada fue del 13,51% (n = 20) en el segundo y del 10,14% (n = 15) en el tercer trimestre.

En Malaysia, Fadzil et al. (2013) al evaluar a 175 mujeres con la entrevista clínica MINI, hallaron una prevalencia de depresión del 8,6%.

En Italia, Giardinelli et al. (2012) entrevistaron con la SCID a 590 mujeres en el tercer trimestre de embarazo y siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV encontraron una prevalencia del 7,4% (n = 44) para la depresión menor y del 4,7% (n = 28) para la depresión mayor.

Tabla 4. Prevalencia de la depresión durante el embarazo con entrevista clínica por trimestre y país.

Trimestre	Estudio	País	Instrumento	Tipo de depresión	Prevalencia (%)
1	Banti et al. (2011)	Italia	SCID	Combinada	8,6
2	Banti et al. (2011)	Italia	SCID	Combinada	2,6
	Castro e Couto et al. (2016)	Brasil	MINI	Mayor	13,5
3	Banti et al. (2011)	Italia	SCID	Combinada	1,7
	Giardinelli et al. (2012)	Italia	SCID	Menor Mayor	7,4 4,7
	Marques et al. (2011)	Portugal	DIGS	Mayor Leve-Moderada	(DSM-IV) 1,1 (CIE-10) 2,8
	Lara et al. (2015)	Mexico	SCID	Mayor	9,0
	Castro e Couto et al. (2016)	Brasil	MINI	Mayor	10,1
Embarazo	Fadzil et al. (2013)	Malaysia	MINI	No consta	8,6

SCID: Structural Clinical Interview for DSM-IV; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus; DIGS: Diagnostic Interview for Genetic Studies

A la vista de los datos presentados, la entrevista clínica SCID y los criterios del DSM-IV son los más utilizados para el diagnóstico de depresión. En cuanto a los datos de prevalencia, en el primer trimestre, no se han encontrado estudios que aporten datos para la depresión mayor utilizando entrevistas clínicas. En el segundo trimestre, Castro e Couto et al. (2016) hallaron una prevalencia del 13,5% en Brasil mientras que en el tercer trimestre los valores oscilaron entre el 1,1% de Marques et al. (2011) en Portugal y el 10,1% de Castro e Couto et al. (2016) en Brasil. Con respecto a la depresión combinada, la prevalencia hallada fue del 8,6% en el primer trimestre, del 2,6% en el segundo y del 1,7% en el tercero (Banti et al., 2011). Cabe destacar que este último estudio es el único que ofrece datos de forma longitudinal, observándose que la prevalencia de depresión combinada decrece a medida que avanza el embarazo, desde el primer trimestre (8,6%) al tercero (1,7%).

5.1.3. Prevalencia de la depresión en el embarazo en España

En España, son pocos los estudios publicados hasta la fecha que aporten datos de la prevalencia de depresión durante el embarazo. Por ello, no se ha acotado por fecha de publicación a la hora de seleccionar los trabajos. A continuación, se comentan los aspectos más relevantes de cada uno (Tabla 5).

Uno de los primeros estudios llevados a cabo fue el de Carrascón, García, Ceña, Fornés, y Fuentelsaz (2006) con una muestra de 263 mujeres residentes en el área de Barcelona en su tercer trimestre de embarazo. El objetivo principal fue identificar a las mujeres con riesgo de sufrir una depresión durante el embarazo y el postparto utilizando la escala EPDS. Se llevaron a cabo tres evaluaciones: en el tercer trimestre de embarazo (28-35 semanas), a los 10-15 días y a los 30-40 días postparto. Fue considerada normal una puntuación ≤ 11. En caso de obtener una puntuación superior, repetían el cuestionario a los 7-15 días, y si persistían las puntuaciones elevadas se hacía una derivación a la unidad especializada. La prevalencia de sospecha de depresión encontrada durante el embarazo fue del 6,8%.

Escribà-Agüir, y Artazcoz (2011) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar si existían diferencias entre las embarazadas y sus parejas en las variables psicosociales asociadas a la depresión en el tercer trimestre de embarazo. Para ello, evaluaron a un total de 687 mujeres embarazadas y sus parejas (n= 669) atendidas en los servicios de atención prenatal de Valencia. Utilizaron la escala EPDS con un punto de corte ≥ 13 para las mujeres, encontrando una prevalencia del 10,3%.

Perales, Refoyo, Coteron, Bacchi, y Barakat (2015) analizaron si un programa de ejercicio físico supervisado reducía los síntomas de depresión en mujeres embarazadas. Para evaluar la depresión utilizaron la escala CES-D con un punto de corte ≥16 en un total de 167 mujeres en su primer trimestre de embarazo (entre las semanas 9 y 12) y al final del mismo (entre las semanas 38 y 39). Las gestantes, residentes en Madrid, obtuvieron en el primer trimestre una prevalencia del 23,3%.

Rodríguez-Muñoz, Le, de la Cruz, Crespo y Méndez (2017) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de examinar la viabilidad de integrar un programa de cribado para la depresión prenatal, así como estimar la prevalencia de sospecha de depresión en el embarazo. Para ello utilizaron el PHQ-9 con un punto de corte ≥ 10 en una muestra de 445 mujeres en el primer trimestre de gestación, que acudían al seguimiento de su embarazo en un centro de la comunidad de Madrid. La prevalencia hallada fue del 14,8%. En el mismo año, Rodriguez-Muñoz, Castelao-Legazpi et al. (2017) publicaron otro trabajo con la finalidad de validar el PHQ-2 como instrumento de cribado para identificar la depresión en mujeres embarazadas. Para ello evaluaron a 1.019 gestantes procedentes de hospitlaes públicos de dos comunidades (Madrid y Asturias). Para evaluar la sospecha de depresión se utilizó el PHQ-9 y el PHQ-2. El

punto de corte ≥ 2 resultó ser el más adecuado para la discriminación de la depresión durante el embarazo mediante el cuestionario PHQ-2. Con este criterio la prevalencia de sospecha de depresión hallada en el primer trimestre de gestación fue del 13,6%. Por otro lado, con el PHQ-9 con un punto de corte ≥ 10, la prevalencia fue del 11,1%.

Míguez, Fernández et al. (2017) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue analizar la presencia de la depresión postparto y las variables asociadas a la misma en una muestra de 99 mujeres. Las gestantes fueron evaluadas una primera vez durante el embarazo y en una segunda ocasión a las 6-8 semanas postparto. La prevalencia de depresión encontrada con la EPDS varía en función de los tres puntos de corte utilizados. Para un punto de corte en la EPDS ≥ 10 la prevalencia fue del 31,3%; para un punto de corte ≥12 fue del 21,2% y para un punto de corte ≥13 fue del 19,2%. Este trabajo tiene la peculiaridad de ser el único realizado hasta la fecha en Galicia que aporta datos de prevalencia de sospecha de depresión tanto en el embarazo como en el postparto.

Por último, González-Mesa et al. (2018) llevaron a cabo un estudio para analizar los factores culturales que influyen en la depresión antenatal evaluando simultáneamente a una cohorte de mujeres en su primer trimestre de embarazo en Turquía y en España. En España, con una muestra de 264 embarazadas y usando la EPDS con un punto de corte ≥ 13, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 9,1%.

Tabla 5. Prevalencia de la depresión en el embarazo en España.

Trimestre	Estudio	Instrumento	Depresión (%)
1	González-Mesa et al. (2018)	EPDS ≥ 13	9,1
	Rodriguez-Muñoz, Castelao-Legazpi et al. (2017)	PHQ-9 ≥ 10	11,1
		PHQ-2 ≥ 2	13,6
	Rodriguez-Muñoz, Le et al. (2017)	PHQ-9 ≥ 10	14,8
	Perales et al. (2015)	CES-D ≥ 16	23,3
3	Perales et al. (2015)	CES-D ≥ 16	(Intervención) 12,2 (Control) 24,7 (Muestra total)18,0
	Escribà-Agüir et al. (2011)	EPDS ≥ 13	10,3
	Carrascón et al. (2006)	EPDS > 11	6,8
Embarazo	Míguez, Fernández et al. (2017)	EPDS ≥ 10	31,3
		EPDS ≥ 12	21,2
		EPDS ≥ 13	19,2

EPDS: Edinburgh Postnatal Depresion Scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale.

Lo primero que cabe destacar, como ya se ha mencionado anteriormente, es la escasez de estudios que aporten datos sobre prevalencia de depresión en el embarazo en nuestro país. En cuanto a la metodología, ninguna investigación ha recogido los datos de forma longitudinal en los tres trimestres de embarazo, no habiendo datos del segundo trimestre de gestación. Todos los estudios utilizan cuestionarios de autoinforme, concretamente el PHQ-9/2, CES-D y EPDS, siendo este último el más utilizado, aunque con distintos puntos de corte. En este sentido, cabe recordar el hecho de que, hasta la fecha, en España no existía la validación de la EPDS para su uso durante el embarazo. Además, lo que conocemos hasta ahora es la prevalencia de sintomatología depresiva, pues no existen datos obtenidos con entrevistas clínicas.

En el primer trimestre, la prevalencia se situó entre el 9,1% (González-Mesa et al., 2018) y el 24,4% (Perales et al., 2015), mientras que en el tercer trimestre el rango fue del 6,8% (Carrascón et al., 2006) al 24,7% (Perales et al., 2015).

5.2. VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

En este apartado se exponen las variables que distintos estudios han asociado con la depresión durante el embarazo (Tabla 6).

5.2.1. Variables sociodemográficas

Se han evaluado distintas variables sociodemográficas en la literatura científica (ej., edad, estado civil, situación laboral, nivel educativo, etc.). En este apartado se expondrán aquellas más estudiadas en relación con la presencia de depresión y/o sospecha de depresión durante el embarazo.

La *edad* de la mujer, a pesar de ser una variable tenida en cuenta en todos los estudios no siempre es analizada en relación con la presencia de depresión en el embarazo. En este sentido, los resultados aportados por los estudios son inconsistentes. Distintas investigaciones han indicado que una menor edad materna aumenta las posibilidades de depresión durante el embarazo (Glazier, Elgar, Goel, y Holzapfel, 2004; Kazi et al., 2006; Lee et al., 2007; Marchesi, Bertoni, y Maggini, 2009; Rich-Edwards et al., 2006). De este modo, una edad inferior a 25 años (Kheirabadi y Maracy, 2010), inferior a 20 años (Bödecs et al., 2013) o

comprendida entre los 15-20 años (Thompson y Ajayi, 2016) han sido asociadas a mayor riesgo de depresión antenatal. Según Thompson y Ajayi (2016) esto puede deberse a que las mujeres más jóvenes suelen tener una posición económica más desfavorable e inestable. Además, algunas pueden carecer del apoyo de las parejas. Así mismo, una menor edad puede estar asociada con menor nivel de estudios y nivel de ingresos, trabajos peor remunerados o desempleo.

Al contrario, otros estudios han encontrado que mayor edad materna se ha asociado con mayor riesgo de depresión antenatal. Concretamente, De Vargas et al. (2017) y Weobong et al. (2014) hallaron que una edad mayor de 35 y mayor de 30 años, respectivamente, se asoció con mayor riesgo de depresión. Los posibles efectos de las dificultades para concebir, junto con la ansiedad ante complicaciones obstétricas y del embarazo asociadas con la edad materna avanzada (Cleary-Goldman et al., 2005; Treacy, Robson, y O'Herlihy, 2006) han sido expuestas como posible explicación.

Por lo que respecta al *nivel educativo*, parece haber consenso entre las investigaciones pues, cuando se ha encontrado asociación, ésta siempre ha sido entre menor nivel educativo y depresión antenatal (Bödecs et al., 2013; De Vargas et al., 2017; Goecke et al., 2012; Husain et al., 2011; Thompson y Ajayi, 2016; Yanikkerem et al., 2013). Para interpretar este hallazgo, debe tenerse en cuenta que un bajo nivel de educación a menudo está relacionado con otras desventajas socioeconómicas, como los bajos ingresos (De Vargas et al., 2017). También puede explicarse por el hecho de que estas mujeres presenten baja autoestima y autoeficacia así como vergüenza por su limitación (Francis, Weiss, Senf, Heist, y Hargraves, 2007).

Otro factor que se ha estudiado en relación con la depresión durante el embarazo es el *nivel socioeconómico*. En este caso, los diferentes estudios también coinciden en que encontrarse en una situación socieconómica desfavorable está asociado con la presencia de depresión antenatal (Banti et al., 2011; Benute et al., 2010; Bödecs et al., 2013; Brittain et al., 2015; Husain et al., 2011; Melo et al., 2012; Ogbo et al., 2018; Pampaka et al., 2018; Weng et al., 2016; Weobong et al., 2014). Se ha planteado que, durante el período perinatal, las mujeres con un estatus socioeconómico bajo pueden tener miedo a ser incapaces de cuidar a sus hijos/as (Segre, O'Hara, Arndt, y Stuart, 2007). Del mismo modo, un nivel socioeconómico bajo suele ir acompañado de mayor estrés relacionado con las dificultades

económicas, lo que a su vez es un factor de riesgo para la depresión antenatal (Mohammad et al., 2011).

Un factor relacionado con la situación socioeconómica es la *situación laboral* tanto de la mujer como de su pareja. A este respecto, el no tener un trabajo remunerado la mujer (Bödecs et al., 2013; Giardinelli et al., 2012; Kheirabadi y Maracy, 2010) y/o la pareja (Husain et al., 2011) ha sido asociado con la presencia de depresión antenatal. En la misma línea, ser ama de casa también se ha asociado con depresión antenatal (Kheirabadi y Maracy, 2010). Una posible explicación podría ser el hecho de que el no trabajar y/o ser ama de casa implica tener una menor red de apoyo social y un cierto aislamiento (Giardinelli et al., 2012). Igualmente, ser ama de casa puede ser un indicador de bajo nivel educativo y menores recursos económicos (Kheirabadi y Maracy, 2010).

Otro de los factores asociados a la depresión en el embarazo está relacionado con el *estado civil*. Estar soltera, no cohabitar con la pareja, no tener pareja estable o con un determinado nivel de compromiso (Brittain et al., 2015; De Vargas et al., 2017; Melo et al., 2012; Thompson y Ajayi, 2016; Weng et al., 2016; Weobong et al., 2014) y/o convivir como pareja de hecho (Bödecs et al., 2013) se ha asociado con mayor riesgo de depresión antenatal. La ausencia de pareja puede suponer un menor apoyo social (De Vargas et al., 2017; Waldie et al., 2015), conllevar a una peor situación económica y, en ocasiones, se relaciona con un embarazo no deseado (Thompson y Ajayi, 2016).

Por otro lado, mantener una *relación insatisfactoria con la pareja* se ha asociado a mayor riesgo de depresión durante el embarazo (Al-Azri et al., 2016; Giardinelli et al., 2012; Mohammad et al., 2011; Redinger et al., 2018). Una posible explicación se basa en que los cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo a menudo influyen en las mujeres, que buscan el apoyo de su pareja. En consecuencia, la falta de dicho apoyo puede aumentar la probabilidad de depresión prenatal (Johanson et al., 2000). De hecho, las relaciones matrimoniales difíciles o tensas, marcadas por la desarmonía, aumentan las tasas de depresión prenatal (Coyne, Thompson, y Palmer, 2002; Lancaster et al., 2010). Del mismo modo, las parejas de las mujeres que presentan un episodio depresivo informan mayor sufrimiento marital. Así mismo, estas parejas suelen recurrir a tácticas menos constructivas para resolver sus conflictos (Coyne et al., 2002). Por otro lado, el ser víctima de violencia de

género también se ha asociado con mayor riesgo de depresión antenatal (Castro e Couto et al., 2016; Ogbo et al., 2018; Thompson y Ajayi, 2016).

El *contexto de pertenencia* de la embarazada, así como el entorno social en el que vive, se mueve y socializa, también es un factor que puede tener relación con el riesgo de padecer una depresión durante la gestación. De este modo, no ser de la misma raza del país en el que se vive y/o ser extranjera (Giardinelli et al., 2012; Melo et al., 2012; Waldie et al., 2015), tener una relación familiar conflictiva (Giardinelli et al., 2012), vivir en un modelo de familia nuclear (Husain et al., 2011), junto con el aislamiento social (Bödecs et al., 2013), se han descrito como variables asociadas a la depresión en el embarazo. La explicación que se encuentra detrás de todas estas situaciones es la falta de apoyo social.

5.2.2. Variables relacionadas con el embarazo

Es cada vez más frecuente por parte de los investigadores a la hora de buscar variables asociadas a la depresión antenatal, tener en cuenta los factores obstétricos y/o relacionados con el embarazo.

La *planificación del embarazo* es una de las variables más estudiadas, habiendo sido hallada por varios estudios la situación de embarazo no planeado como factor de riesgo para la depresión antenatal (Ajinkya et al., 2013; Al-Azri et al., 2016; Benute et al., 2010; Brittain et al., 2015; Giardinelli et al., 2012; González-Mesa et al., 2018; Kheirabadi y Maracy, 2010; Mohammad et al., 2011; Thompson y Ajayi, 2016; Waldie et al., 2015; Weng et al., 2016; Weobong et al., 2014; Yanikkerem et al., 2013). Una de las explicaciones podría ser que estas mujeres pueden no estar preparadas financiera, psicológica o socialmente para hacer frente a las demandas del embarazo (Sedgh et al., 2006). Es decir, pueden presentar dificultades para conciliar las necesidades maternas y otras responsabilidades en el hogar o el trabajo. Otra explicación puede ser el hecho de que estas mujeres suelen tener entornos psicosociales más inestables y sentir falta de seguridad y de apego con su pareja (Bouchard, 2005). Además, las parejas con embarazos no planeados suelen tener más conflictos maritales (Bouchard, Boudreau, y Hébert, 2006), lo que a su vez aumenta el riesgo de depresión antenatal.

En lo referente a la *paridad* hay resultados contradictorios. Por un lado, algunos estudios han hallado que ser multípara se ha asociado con mayor riesgo de depresión antenatal (Ajinkya et al., 2013; Banti et al., 2011; Castro e Couto et al., 2016; De Vargas et al., 2017;

González-Mesa et al., 2018; Kheirabadi y Maracy, 2010; Melo et al., 2012). Una posible explicación es que el cuidado y el estrés relacionado con la crianza de los hijos/as que experimentan estas mujeres (por ejemplo, las expectativas de poder hacer frente al nuevo hijo/a) pueden hacerlas más vulnerables a la depresión (De Vargas et al., 2017). Al contrario, Redinger et al. (2018) hallaron que la nuliparidad se asoció con mayor riesgo de depresión antenatal, sin embargo, no aportan ninguna explicación a su hallazgo.

Por último, las variables relacionadas con la *historia obstétrica* previa y actual de la mujer también han sido estudiadas en relación con la depresión antenatal. De este modo, la existencia de abortos previos (Ajinkya et al., 2013; Goecke et al., 2012; González-Mesa et al., 2018; Weobong et al., 2014), las complicaciones en un parto y/o embarazo anterior, así como las que puedan existir en el curso de la gestación actual (Ajinkya et al., 2013; Husain et al., 2011; Thompson y Ajayi, 2016) se han asociado con mayor riesgo de depresión durante el embarazo. Igualmente ocurre con el antecedente de cesárea (Fadzil et al., 2013; Thompson y Ajayi, 2016). Una posible explicación podría ser que estos eventos resulten muy estresantes durante el embarazo (Lancaster et al., 2010; Teixeira et al., 2009).

Por otro lado, las mujeres que han tenido un parto quirúrgico previo tienen más probabilidades de experimentar sentimientos de pérdida, fracaso personal y baja autoestima (Thompson y Ajayi, 2016). Así mismo, la presencia de síntomas físicos como náuseas, vómitos y fatiga se han asociado con mayor riesgo de depresión antenatal debido a que pueden tener efectos negativos en la vida diaria de las mujeres (Yanikkerem et al., 2013).

5.2.3. Variables relacionadas con la salud

Algunos estudios han encontrado relación entre el *consumo de tabaco* y mayor presencia de depresión o síntomas depresivos en mujeres embarazadas (ej., López, Skelly y Higgins, 2015; Maxson et al., 2012; Smedberg et al., 2015). De igual modo las embarazadas fumadoras presentaban un mayor riesgo de depresión en el postparto (López, Skelly y Higgins, 2015). Míguez, Pereira y Figueiredo (2017) encontraron que las embarazadas fumadoras informaban de un mayor número de síntomas depresivos en comparación con las que dejaban de fumar, ya desde los primeros momentos del embarazo. También Dagklis et al. (2016) concluyeron que la depresión antenatal se asocia significativamente con fumar en el embarazo mientras que Luger, Suls y Vander Weg (2014) hallaron que fumar se asocia con casi el doble de

probabilidades de depresión en comparación con las nunca fumadoras y con las exfumadoras. Existen distintas hipótesis para explicar la relación entre el consumo de tabaco y la depresión. Una de ellas es la hipótesis de la automedicación (Flemming, Graham, Heirs, Fox, y Sowden, 2013), la cual postula que las personas con depresión usan el consumo como método para regular su estado de ánimo, debido a que la nicotina tiene acción antidepresiva. Por otro lado, también se ha planteado que es posible que fumar cause depresión, y no a la inversa, por lo que las mujeres que continúan fumando tienen más probabilidades de tener depresión que aquellas que nunca fumaron o lo dejaron (Choi et al., 1997).

La *obesidad* antes del embarazo y los *cambios de peso* que acompañan al mismo pueden estar asociados con el riesgo de depresión en este momento (Ertel et al., 2017). La obesidad materna antes del embarazo, junto con el rápido aumento de peso durante el mismo puede exacerbar los trastornos del estado de ánimo a través de los efectos negativos sobre la imagen corporal y la autoestima.

5.2.4. Variables psicológicas

A continuación, se expondrán las variables psicológicas que más se han relacionado con la depresion antenatal. Destacan entre estas variables los antecedentes de depresión, la ansiedad, el estrés y la baja percepción de apoyo social.

5.2.4.1 Antecedentes de depresión

al., 2008).Con respecto a los *antecedentes* de trastorno psicológico tanto familiares como personales, su presencia ha sido asociada con mayor riesgo de depresión antenatal. Concretamente, antecedentes personales de depresión (Banti et al., 2011; Castro e Couto et al., 2016; De Vargas et al., 2017; Kheirabadi y Maracy, 2010; Pampaka et al., 2018; Weng et al., 2016) o de trastornos psicológicos en general (Giardinelli et al., 2012), así como de antecedentes familiares de depresión (Al-Azri et al., 2016), se han asociado con depresión antenatal. En concreto, Castro e Couto et al. (2016) hallaron que las mujeres con historia previa de depresión tenían un riesgo diez veces mayor de tener depresión antenatal. Patton et al. (2015) siguieron una muestra de mujeres durante más de 30 años y encontraron que el 85,0% de las personas que presentaron síntomas depresivos durante el embarazo habían tenido problemas de salud mental durante la adolescencia o la edad adulta. Por tanto, esta

asociación puede deberse a la existencia de una vulnerabilidad a la depresión que puede intensificarse por los cambios en el estilo de vida (los patrones de sueño y alimentación), así como los cambios físicos (los síntomas y limitaciones) que tienen lugar en el embarazo (De Vargas et al., 2017). Otra de las posibles razones que podrían explicar este hecho, es la interrupción del tratamiento de la depresión por parte de la madre al inicio del embarazo por temor a posibles efectos teratogénicos para el feto (Vesga-López et al., 2008).

5.2.4.2 Ansiedad y estrés

Con respecto a la *ansiedad*, se ha encontrado que su presencia antes y/o durante el embarazo se ha asociado con depresión antenatal (Banti et al., 2011; Fadzil et al., 2013; Mohammad et al., 2011; Redinger et al., 2018; Waldie et al., 2015). Esto puede deberse a la frecuente comorbilidad de ambos trastornos (Fadzil et al., 2013). Además, tanto la ansiedad como la depresión antenatal comparten factores de riesgo (Heron et al., 2004). Ross et al. (2003) concluyeron que más del 50,0% de las mujeres embarazadas con depresión también habían sido diagnosticadas de ansiedad. Por lo tanto, los trastornos depresivos y de ansiedad durante el embarazo probablemente no sean entidades clínicas independientes (Tendais, Costa, Conde y Figueiredo, 2014).

Así mismo, diferentes estudios han hallado que los niveles altos de *estrés* percibido durante el embarazo y los eventos vitales adversos juegan un importante papel en el comienzo de la depresión antenatal (ej., Abujilban, Abuidhail, Al-Modallal, Hamaideh, y Mosemli, 2014; Brittain et al., 2015; Melville, Gavin, Guo, Fan, y Katon, 2010; Mohammad et al., 2011; Redinger et al., 2018; Waldie et al., 2015; Woods, Melville, Guo, Fan, y Gavin, 2010). Esto puede ser debido a que el momento del embarazo es especialmente valorado como estresante para muchas mujeres por los cambios que este periodo ocasiona en sus vidas (Van den Bergh, Mulder, Mennes, y Glover, 2005). Pueden experimentar miedo por la salud y bienestar del bebé, miedo al parto inminente, a los hospitales, al postparto y al afrontamiento del rol materno (Dunkel-Schetter, 2011). De hecho, el estrés materno, también llamado distrés específico del embarazo o estrés relativo al embarazo (Alderdice, Lynn, y Lobel, 2012), es considerado como un estado emocional negativo diferente de la depresión y la ansiedad (Rallis, Skouteris, McCabe, y Milgrom, 2014).

5.2.4.3 Apoyo social

Con respecto al *apoyo social*, las investigaciones coinciden en que la ausencia o la baja percepción de apoyo social (Mohammad et al., 2011; Yanikkerem et al., 2013) y concretamente la falta de apoyo de la pareja (González-Mesa et al., 2018; Ogbo et al., 2018) aumenta el riesgo de depresión antenatal. Se ha visto que el apoyo social es crucial para el bienestar psicológico durante el embarazo (Yanikkerem et al., 2013). En este sentido, los contextos familiares son importantes, si bien difieren sustancialmente entre culturas (González-Mesa et al., 2018). Por un lado, los entornos familiares nucleares son comunes en los países occidentales, mientras que las estructuras familiares extensas son más frecuentes en otros lugares como Asia y/o Países Árabes (Cankorur et al., 2015). Algunos autores (Fisher et al., 2012; Husain et al., 2011) hallaron que las mujeres que vivian en un entorno familiar nuclear tenían mayor riesgo de desarrollar depresion antenatal frente aquellas otras que lo hacían en el contexto de un hogar multigeneracional. Esto puede deberse a que las mujeres se sientan aisladas y con menor apoyo social del que recibirían en un entorno familiar más amplio. En cambio, vivir en una familia extensa se ha identifiacdo como un factor protector para la depresión antenatal (Rahman, Iqbal y Harrington, 2003). No obstante, Gonzalez-Mesa et al. (2018) hallaron lo contrario, pues las mujeres que vivían en familias más grandes, con un mayor número de hijos y más parientes viviendo en el mismo hogar, tenían mayor riesgo de depresión antenatal. El 40,0% de estas mujeres afirmaron haber tenido un apoyo familiar insuficiente a pesar de las creencias sobre la fortaleza de las relaciones familiares tradicionales.

5.2.4.4 Síndrome Premenstrual (SP) y Trastorno Disfórico Premenstrual (SDP)

Con respecto al Síndrome Premenstrual (SP) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP), su relación con otras enfermedades médicas, con los trastornos mentales y con la depresión en particular, siempre ha sido de interés para los investigadores. Sin embargo, con respecto a la asociación entre SP y/o TDP y depresión antenatal, son escasos los estudios publicados, pues tradicionalmente se ha estudiado el SP y el TDP en relación con la depresión postparto. Roomruangwong, Kanchanatawan, Sirivichayakul, y Maes (2016) hallaron relación entre historia de SP y depresión antenatal en una muestra de 126 embarazadas en Thailandia, si bien no aportan detalles de esta asociación. Por otro lado, Jeong et al. (2013) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 1262 mujeres embarazadas con el objetivo de analizar los

factores de riesgo asociados a la depresión antenatal. Hallaron que el SP fue factor de riesgo para la depresión antenatal y que, además, este riesgo fue similar al de historia previa de depresión. No obstante, estos autores no pudieron excluir totalmente la posibilidad de que algunas mujeres que informaron retrospectivamente sobre el síndrome premenstrual pudieran haber tenido depresión no diagnosticada o exacerbación premenstrual de la depresión.

La asociación de la depresión antenatal con SP sugiere una posible causa biológica en el desarrollo de síntomas depresivos. La fisiopatología del SP se considera que está relacionada con la hipersensibilidad de la neuroquímica cerebral a los cambios hormonales durante los ciclos menstruales (Yonkers, O'Brien, y Eriksson, 2008). Una posible explicación a la asociación encontrada por estos autores tiene que ver con los mecanismos biológicos coexistentes en la base de la fisiopatología tanto de la depresión antenatal como del síndrome premenstrual, pues al igual que la menstruación, el embarazo es una condición que induce un cambio hormonal abrupto (Andréen et al., 2009; Maguire y Mody, 2009).

Tabla 6. Variables asociadas a la depresión durante el embarazo

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Benute et al. (2010) Brasil	- Nivel socioeconómico bajo	- Embarazo no planeado	
Kheirabadi y Maracy (2010) Irán	- Ser ama de casa* - Edad < 25 años*	- Embarazo no planeado* - Multiparidad*	- Historia previa de depresión*
Banti et al. (2011) Italia	- Nivel socioeconómico bajo	- Multiparidad	- Historia previa de depresión - Ansiedad durante el embarazo
Husain et al. (2011) Pakistán	- Nivel socioeconómico bajo* - Nivel educativo bajo* - Marido desempleado* - Familia nuclear*	- Complicaciones en un parto anterior*	
Mohammad et al. (2011) Jordania	- Relación conflictiva con la pareja - Preocupación por la situación económica*	- Embarazo no planeado* - Falta de conocimientos con respecto a la crianza* - Falta de habilidad como madre*	- Ansiedad* - Estrés* - Bajo apoyo social
Giardinelli et al. (2012) Italia	- Nacionalidad extranjera* - Desempleo* - Relación insatisfactoria con la pareja* - Relación insatisfactoria con la familia*	- Embarazo no planeado*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos*

*Variables predictoras de la depresión antenatal

Tabla 6. Variables asociadas a la depresión durante el embarazo (Cont.)

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Goecke et al. (2012) Alemania	- Nivel educativo bajo	- Abortos previos	
Melo et al. (2012) Brasil	- Nivel socioeconómico bajo* - Ausencia de pareja* - No ser de raza blanca*	- Multiparidad*	
Ajinkya et al. (2013) India		- Embarazo no planeado - Historia previa de complicaciones obstétricas - Complicaciones obstétricas en embarazo actual - Abortos previos - Multiparidad	
Bödecs et al. (2013) Hungría	- Nivel socioeconómico bajo - Nivel educativo bajo - Desempleo - Edad < 20 años - Ser pareja de hecho		
Fadzil et al. (2013) Malaysia		- Cesárea previa	- Ansiedad durante el embarazo
Yanikkerem et al. (2013) Turquía	- Nivel educativo bajo*	- Embarazo no planeado* - Síntomas físicos durante el embarazo*	- Bajo apoyo social*
Weobong et al. (2014) Australia	- Nivel socioeconómico bajo* - Edad > 30 años* - Estar soltera*	- Embarazo no planeado* - Abortos previos*	
Brittain et al. (2015) Sudáfrica	- Nivel socioeconómico bajo* - Estar soltera*	- Embarazo no planeado*	- Trauma infantil* - Historia previa de violencia de género* - Eventos vitales estresantes recientes*
Waldie et al. (2015) Australia	- Raza no europea* - Falta de apoyo por parte de la pareja	- Embarazo no planeado	- Estrés percibido durante el embarazo* - Ansiedad antes y durante el embarazo*
Al-Azri et al. (2016) Omán	- Relación insatisfactoria con la pareja*	- Embarazo no planeado*	- Historia familiar de depresión
Castro e Couto et al. (2016) Brasil		- Multiparidad	- Historia previa de depresión* - Violencia de género*
Thompson et al. (2016) Nigeria	- Nivel educativo bajo - Edad materna 15 – 20 años - Estar soltera - Mayor número de miembros en la unidad familiar - Beber alcohol durante el embarazo* - Ser atendida en un servicio de salud público*	- Embarazo no planeado - Complicaciones obstétricas - Cesárea previa	- Violencia de género*

*Variables predictoras de la depresión antenatal

Tabla 6. Variables asociadas a la depresión durante el embarazo (Cont.)

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Weng et al. (2016) China	- Nivel socioeconómico bajo* - Ser fumadora pasiva - Estar soltera*	- Embarazo no planeado*	- Historia previa de depresión* - Calidad del sueño mala*
De Vargas et al. (2017) Brasil	- Nivel educativo bajo* - Edad > 35 años* - Estar soltera*	- Multiparidad*	- Historia previa de depresión*
Redinger et al. (2017) Sudáfrica	- Relación insatisfactoria con la pareja	- Nuliparidad	- Historia actual de trastorno mental - Eventos familiares estresantes* - Ansiedad
Yu et al. (2017) China			- Calidad del sueño mala*
González-Mesa et al. (2018) Muestra mujeres españolas	- Desempleo*	- Embarazo no planeado* - Abortos previos*	
Muestra mujeres turcas	- Desempleo*	- Multiparidad*	- Bajo apoyo de la pareja*
Ogbo et al. (2018) Australia	- Nivel socioeconómico bajo - Convivir en una población multiétnica*		- Bajo apoyo de la pareja* - Violencia de género*
Pampaka et al. (2018) Kuwait	- Nivel socioeconómico bajo*	- Estar en el tercer trimestre de gestación*	- Historia previa de depresión*
Al-Hejji et al. (2019) Arabia Saudí	- Marido fumador	- Multiparidad* - Abortos previos - Complicaciones post-aborto	- Calidad del sueño mala*
Chen et al. (2019) China	- Nivel socioeconómico bajo* - Desempleo* - Ser funcionario o trabajador sanitario* - Relación insatisfactoria con la pareja* - Convivir con familia extensa* - Residir en un área rural* - Carecer de seguro médico*	- Haber usado técnicas de reproducción asistida* - Falta de conocimientos sobre salud prenatal*	
Hu et al. (2019) China	- Menor edad* - Nivel educativo bajo* - Desempleo* - Relación insatisfactoria con la pareja* - Relación insatisfactoria con la familia y suegra*		

*Variables predictoras de la depresión antenatal

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

6. LA DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO

El postparto es un período de transición desafiante para las madres, lo que las hace altamente susceptibles a los trastornos mentales (Vesga-López et al., 2008). Como se ha comentado anteriormente, la depresión es el trastorno más prevalente en este periodo y el que más atención ha recibido por parte de los investigadores. Sin embargo, se estima que aproximadamente un 50,0% de los casos no serán diagnosticados (Beck y Gable, 2001). Por otro lado, se ha encontrado que más de la mitad de las mujeres que presentan depresión postparto (63,6%) no eran casos nuevos, sino estados depresivos que se arrastraban desde el embarazo, que no habían sido detectados y, en consecuencia, no habían recibido el tratamiento que precisaban (Míguez, Fernández et al., 2017).

6.1. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

A continuación, se comentarán los resultados hallados en los estudios publicados en los últimos 10 años sobre prevalencia de la depresión postparto ordenados por país/región de procedencia de la muestra. Se aportarán de forma separada los datos de prevalencia obtenidos con cuestionarios de autoinforme (Tabla 7) y con entrevistas clínicas (Tabla 8).

6.1.1. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme

En los países árabes es donde se ha llevado a cabo un mayor número de investigaciones en los últimos años, destacando Irán, Turquía e Israel.

En Irán, Vaezi, Soojoodi, Banihashem y Nojomi (2019) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 43,5% (n = 87) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 en una cohorte de 200 mujeres iraníes evaluadas entre los 0 y 6 meses postparto. En el mismo año, Afshari, Tadayon, Abedi, y Yazdizadeh, (2019) evaluaron a 505 mujeres que se encontraban entre los 14 días y los 6 meses postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 38,8% (n = 196). Por otro lado, Ezzeddin, Jahanihashemi, Zavoshy y Noroozi (2018) hallaron una prevalencia del

35,4% (n = 115) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 en una muestra de 325 mujeres evaluadas entre los 3 y 8 meses postparto. En el mismo país, Abdollahi, Etemadinezhad y Lye, (2016) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 19,0% (n = 362) en una muestra de 1910 mujeres a las 12 semanas postparto. Utilizando los mismos criterios diagnósticos y momento de evaluación, en otro estudio de Abdollahi, Zarghami, Azhar, Sazlina y Lye (2014) hallaron una prevalencia del 14,10% (n = 254) en una muestra de 1801 mujeres. Parte del mismo equipo de investigación (Abdollahi, Sazlina, Zain, Zarghami, Asghari y Lye, 2014) hallaron en una muestra de 1950 mujeres una prevalencia del 19,7% (n = 385) y del 19,6% (n = 370) a las 2 y 12 semanas postparto, respectivamente.

También en Irán, Taherifard, Delpisheh, Shirali, Afkhamzadeh y Veisani (2013), utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 34,8% en una muestra de 197 mujeres evaluadas entre las 6 y 8 semanas postparto. En otro estudio de Kheirabadi y Maracy (2010) se evaluó a 1291 mujeres entre las 6 y 8 semanas postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte > 12, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 26,3% (n = 340). Por otro lado, Kheirabadi et al. (2009) utilizaron el BDI-II para estimar la prevalencia y severidad de la sintomatología depresiva en una cohorte de 6627 mujeres que fueron evaluadas entre los 2 y 12 meses postparto. Concretamente, el 20,0% (n = 1324) de la muestra tenía depresión leve (BDI-II, 10 - 16), el 18,3% (n = 1211) tenía depresión moderada (BDI-II, 17 - 29) y el 18,9% (n = 1251) depresión severa (BDI-II 30 - 63). La prevalencia de sintomatología depresiva en general fue del 57,1% (BDI-II ≥ 10).

En Israel, Shwartz, Shoahm-Vardi y Daoud (2019) evaluaron a 1128 mujeres entre las 6 semanas y los 6 meses postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 10,3%. Por otro lado, Alfayumi-Zeadna, Kaufman-Shriqui, Zeadna, Lauden y Shoham-Vardi (2015) utilizaron la EPDS en una cohorte de 564 mujeres evaluadas entre el primer y séptimo mes postparto. La prevalencia de sospecha de depresión hallada fue del 31,0% (n = 174) utilizando un punto de corte ≥ 10 y del 19,1% (n = 108) utilizando un punto de corte ≥ 13. Polachek et al. (2014) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 4,5% (n = 4) en una cohorte de 102 mujeres evaluadas en su primer mes postparto. Finalmente, Glasser et al. (2012) con el mismo punto de corte, evaluaron con la EPDS a 2326 mujeres a las 6 semanas postparto y hallaron una prevalencia del 16,3% (n = 378).

En Turquía, Sahin y Memnun (2018) evaluaron a 497 mujeres entre las 4 y las 6 semanas postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 4,8%. El mismo punto de corte fue utilizado por Turkcapar et al. (2015) que hallaron una prevalencia del 15,4% (n = 83) en una muestra de 540 mujeres evaluadas entre las 6 y las 8 semanas postparto. Igualmente, Serhan, Ege, Ayranci y Kosgeroglu (2013) hallaron una prevalencia del 9,1% en una muestra de 110 mujeres evaluadas entre los 2 y los 6 meses postparto. Otros estudios llevados a cabo en Turquía utilizaron un punto de corte para la EPDS ≥ 12. Por un lado, Boratav et al. (2015) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 48,3% (n = 42) en una muestra de 128 mujeres evaluadas entre los 3 y 6 meses postparto. Por otro lado, en la investigación llevada a cabo por Poçan, Aki, Parlakgumus, Gereklioglu y Dolgun (2013) se halló una prevalencia del 28,9% (n = 54) en una muestra de 187 mujeres que fueron evaluadas entre las 4 y 6 semanas postparto. Finalmente, Annagur, Annagur, Sahin, Ors y Kara (2013) evaluaron a 197 mujeres a las 48 horas y a las 6 semanas postparto y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 14,2% (n = 28) y 11,2% (n = 22), respectivamente.

En el Líbano, El-Hachem et al. (2014) evaluaron a 228 mujeres a los 2 días y a las 4-6 semanas postparto con la EPDS. Utilizando un punto de corte ≥ 9, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 33,3% (n = 76) y del 12,8% (n = 19), respectivamente.

En Qatar, Burgut, Bener, Ghuloum y Sheikh (2013) evaluaron a una cohorte de 1379 mujeres que se encontraban en los primeros 6 meses postparto. Para ello utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 12 y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 17,6% (n = 243).

En Omán, Al Hinai y Al Hinai (2014) evaluaron a 282 mujeres a las 2 y a las 8 semanas postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión de 13,5% (n = 38) y del 10,6% (n = 30), respectivamente.

En Arabia Saudí, Alasoom y Koura (2014) utilizaron la EPDS en una muestra de 450 mujeres que se encontraban entre los 2 y los 6 meses postparto. El punto de corte ≥ 10 fue el utilizado por estos autores para estimar la prevalencia de sintomatología depresiva, si bien categorizaron los síntomas como moderados (EPDS 10-12) y severos (EPDS ≥ 13). Con estos criterios, la prevalencia general hallada fue del 17,8% (n = 80), siendo la prevalencia de sintomatología moderada y severa del 9,8% y del 8,0%, respectivamente.

En Jordania, Mohammad et al. (2011) evaluaron a 353 mujeres entre las 6-8 semanas y a los 6 meses postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 22,1% (n = 78) y 21,2% (n = 75), respectivamente.

En Egipto, Hassanein, Fathalla y Abdel Rahim (2014) evaluaron la prevalencia de sospecha de depresión con la EPDS y establecieron la severidad de los síntomas con el BDI. Concretamente, utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 13 en una muestra de 290 mujeres que se encontraban en los 3 primeros meses postparto. La prevalencia hallada con esta muestra fue del 39,0% (n = 113). A continuación, estas mujeres fueron evaluadas con el BDI, si bien los autores no especifican el punto de corte utilizado para la severidad de la sintomatología. Concluyeron que el 31,0% (n = 35) de estas mujeres tenían depresión leve, el 25,7% (n = 29) depresión moderada y el 43,4% (n = 49) depresión severa. Por otro lado, Mohammed, Mosalem, Mahfouz y Elhameed (2014) utlizaron la EPDS para evaluar a una cohorte de 200 mujeres en los primeros 14 meses postparto. Establecieron 2 categorías, de tal forma que un punto de corte ≥ 13 se correspondería con depresión mayor y un punto de corte entre 10 y 12 sería depresión menor. Con estos criterios, la prevalencia hallada fue del 20,0% y del 29,5%, respectivamente. Por tanto, la prevalencia total de depresión sería del 49,5% (n = 99).

En Sudán, Khalifa, Glavin, Bjertness y Lien (2015) evaluaron a 238 mujeres utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 a los 3 meses postparto. La prevalencia de sospecha de depresión hallada fue del 9,2%.

Con respecto a los países asiáticos, China y Japón destacan por ser en los que más estudios se han llevado a cabo para determinar la prevalencia de la sospecha de depresión en el postparto. En China, Xiong, Deng, Wan y Liu (2018) evaluaron a 468 mujeres a las 6 semanas postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 56,2% (n = 263). Por otro lado, Deng, Xiong, Jiang, Luo y Chen (2014) encontraron una prevalencia del 27,37% en una muestra de 1823 mujeres evaluadas a las 4 semanas postparto utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13. Con el mismo criterio, Xie, He, Koszycki, Walker y Wen, (2009) hallaron una prevalencia del 19,29% (n = 103) en una muestra de 534 mujeres evaluadas a las 2 semanas postparto. También en este país, Ngai y Ngu (2015) evaluaron a 200 mujres a los 6 meses postparto utilizando el GHQ-12 con un punto de corte ≥ 5. Con este criterio la prevalencia hallada fue del 11,5% (n = 23). Finalmente, Chi, Zhang, Wu y Wang (2016) llevaron a cabo un estudio longitudinal para

evaluar la sospecha de depresión en una muestra de 193 mujeres evaluadas al año, a los 2 y a los 3 años postparto. Utilizando la CES-D con un punto de corte ≥ 16, hallaron una prevalencia del 28,0% (n = 54), 30,8% (n = 54) y 31,8% (n = 44) en los tres momentos de evaluación, respectivamente.

En Japón, se han llevado a cabo varios estudios con la finalidad de estimar la prevalencia de la sospecha de depresión en el postparto. Todos ellos tienen en común el haber utilizado la EPDS con un punto de corte ≥ 9. En primer lugar, Muchanga et al. (2017) evaluaron a 82489 mujeres en el primer mes postparto y hallaron una prevalencia del 14,0% (n = 11341). Otro estudio llevado a cabo por Nishimura, Fujita, Katsuta, Ishihara y Ohashi (2015) halló una prevalencia del 10,3% (n = 83) en una muestra de 807 mujeres evaluadas a los 4 meses postparto. Por otro lado, Takahashi y Tamakoshi (2014) evaluaron a 100 mujeres al mes postparto y hallaron una prevalencia del 10,0% (n = 10). Miyake, Tanaka, Sasaki y Hirota, (2011) encontraron una prevalencia del 13,8% en una muestra de 771 mujeres evaluadas entre los 3 y 4 meses postparto.

En Taiwan, Tsao et al. (2015) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 162 mujeres que fueron evaluadas con la EPDS a las 6 semanas postparto. Utilizando un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 24,1% (n = 39). En otro trabajo llevado a cabo por Ho, Chang y Wan (2013), evaluaron una cohorte de 186 mujeres entre la primera semana y los 2 meses postparto. Utilizaron la EPDS con un punto de corte > 10 para identificar a aquellas mujeres con sintomatología depresiva. Así mismo, aquellas que superasen el punto de corte > 12 reunirían el criterio para derivación al especialista. La prevalencia hallada con ambos criterios fue del 50,5% (n = 94) y del 39,2% (n = 73), respectivamente.

En Vietnam, Do, Nguyen y Pham (2018) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 27,6% (n = 32), utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 en una cohorte de 116 mujeres que se encontraban en su primer año postparto.

En Malaysia, Yusuff, Tang, Binns y Lee (2015) llevaron a cabo un estudio longitudinal con una muestra de 2072 mujeres que fueron evaluadas al mes, a los 3 meses y a los 6 meses postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 7,1% (n = 1362), 6,9% (n = 1153) y 7,6% (n = 979), respectivamente. La prevalencia general de los primeros 6 meses postparto fue del 14,3% (n = 195).

En Corea, Park et al. (2015) evaluaron a 153 mujeres a las 4 semanas postparto y hallaron una prevalencia del 42,5% (n = 65) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 9. En otro estudio llevado a cabo con el objetivo de analizar la relación entre la depresión postparto y el síndrome premenstrual, Lee et al. (2015) evaluaron a 166 mujeres utilizando la EPDS y el BDI. Con un punto de corte en ambas escalas ≥ 10, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 13,9% (n =23) en los dos casos.

En la India, Fan et al., (2020) evaluaron la sospecha de depresión en una muestra de 1349 mujeres a los 10 días y a las 4 semanas postparto. Para ello utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 10 y hallaron una prevalencia del 15,5% y del 7,8%, respectivamente. Patel et al. (2015) evaluaron a 134 mujeres en la primera semana postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 11 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 48,5% (n = 65). Por otro lado, Sheela y Venkatesh (2016) hallaron una prevalencia del 7,5% (n = 120) utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 en una muestra de 1600 mujeres evaluadas entre el cuarto y séptimo día postparto.

En Nepal, Giri et al. (2015) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 30,3% (n = 105) en una muestra de 346 mujeres evaluadas entre las 6 y 10 semanas postparto utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10. En otro estudio llevado a cabo por Kumwar, Corey, Sharma y Risal, (2015), evaluaron a 100 mujeres entre el segundo y tercer día postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia del 29,0%.

Por otro lado, en Australia, Woolhouse et al. (2015) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el que evaluaron a 1507 mujeres a los 3, 6, 12 y 18 meses postparto, así como a los 4 años postparto. Utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 13 y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 8,1%, 10,1%, 9,5%, 11,3% y 14,5%, respectivamente. Por otro lado, con el mismo punto de corte, Ogbo et al. (2018) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 3,3% en una cohorte de 17564 mujeres evaluadas a las 6 semanas postparto.

Pasando a América Latina, en Brasil, Corrêa, Castro e Couto, Santos, Romano-Silva y Santos (2016) evaluaron a una muestra de 3060 mujeres que se encontraban entre el primer y tercer mes posparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 11 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 19,5% (n = 597). Por otro lado, Filha, Ayers, Da Gama y Leal (2016) utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 13 en una cohorte de 23984 mujeres que

fueron evaluada entre los 6 y los 18 meses postparto. Con esta muestra hallaron una prevalencia del 26,3%. El mismo criterio fue utilizado por Silva et al. (2012) para evaluar a 1109 mujeres entre el primer y segundo mes postparto. La prevalencia hallada en este caso fue del 16,5%. Melo et al. (2012) también evaluaron la sospecha de depresión con la EPDS, pero con un punto de corte ≥ 12 en una muestra de 555 mujeres entre las 4 y las 6 semanas postparto. La prevalencia hallada en este estudio fue del 10,8% (n = 60).

En Argentina, Mathisen, Glavin, Lien y Lagerlov (2013) evaluaron a 86 mujeres que se encontraban entre las 4 y 12 semanas postparto. Con la EPDS hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 37,2% (n = 32) utilizando un punto de corte ≥ 10, mientras que con un punto de corte entre 10 y 12 y con un punto de corte ≥ 13, se encontraban el 18,6% (n = 16) de las mujeres.

En Mexico, Lara et al. (2015) utilizaron el PHQ-9 con un punto de corte ≥ 10 para detectar la sospecha de depresión en una muestra de 210 mujeres a las 6 semanas y a los 6 meses postparto. La prevalencia hallada en ambos casos fue del 13,8% (n = 29) y del 13,3% (n = 28), respectivamente. Por otro lado, De Castro, Place, Billings, Rivera y Frongillo (2015) evaluaron a una cohorte de 604 mujeres que se encontraban en los primeros 9 meses postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 hallaron una prevalencia del 10,6% (n = 63).

En Estados Unidos y Canadá los estudios publicados se caracterizan, como viene siendo la regla general, por la variabilidad, tanto en los puntos de corte utilizados como por los momentos de evaluación escogidos por los investigadores. Sin embargo, la EPDS es el instrumento de cribado utilizado en todos ellos. Empezando por los Estados Unidos, Dolbier et al. (2013) llevaron a cabo un estudio en el cual evaluaron a 299 mujeres cuando se encontraban en su primer mes postparto (2 - 16 semanas) y a los 6 meses postparto (24 – 39 semanas). Utilizaron la EPDS con tres puntos de corte diferentes para clasificar la depresión en tres grupos: depresión menor (EPDS, 10 - 12), depresión mayor (EPDS ≥ 12) y depresión combinada (EPDS ≥ 10). Con estos criterios, la prevalencia de depresión menor al mes y a los 6 meses fue del 6,9% (n = 19) y del 8,4% (n = 25), respectivamente. La prevalencia de depresión mayor fue del 10,5% (n = 29) y 9,0% (n = 27), mientras que la prevalencia de depresión combinada fue del 17,5% (n = 48) y 17,4% (n = 52). Por otro lado, Mercier, Garrett, Thorp y Siega-Riz (2013) evaluaron a 688 mujeres a los 3 meses postparto y a 550 mujeres a los 12 meses. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de

depresión del 7,3% y del 6,0%, respectivamente. Con el mismo punto de corte, a los 6 meses postparto, Huang et al. (2015) hallaron una prevalencia del 8,4% (n = 141) en una muestra de 1686 mujeres. Con un punto de corte ≥ 12, McCall-Hosenfeld et al. (2016) hallaron una prevalencia del 5,06% al mes, del 4,92% a los 6 meses y del 4,79% a los 12 meses, en una muestra de 2802 mujeres. Con un punto de corte ≥ 10, Connelly, Hazen, Baker-Ericzen, Landsverk y Horwitz (2013) hallaron una prevalencia de sintomatologís depresiva del 20,4% (n = 382) en una muestra de 1868 mujeres evaluadas a las 6 semanas postparto.

En Canadá, Vigod, Tarasoff, Bryja, Dennis, Yudin, y Ross (2013) llevaron a cabo un estudio retrospectivo utilizando los datos recogidos sobre depresión postparto en el Canadian Maternity Experiences Survey. En una cohorte de 6126 mujeres, la prevalencia de sospecha de depresión fue del 7,8%, habiendose utilizado la EPDS con un punto de corte ≥ 13. Con el mismo puntode corte, Youash et al. (2013) evaluaron a 6117 mujeres que se encontraban en los 3 primeros meses postparto. Para estimar la prevalencia de sospecha de depresión de dividió la muestra en función de la paridad (primíparas/multíparas) y hallaron una prevalencia del 9,5% y del 11,7%, respectivamente. Con un punto de corte ≥ 14, Kim, Connolly y Tamim (2014) hallaron una prevalencia del 7,2% (n = 442) en una muestra de 6016 mujeres que fueron evaluadas entre los 5 y 9 meses postparto. Por otro lado, Verreault et al. (2014) hallaron una prevalencia del 16,4% (n = 37) en una muestra de 226 mujeres evaluadas a los 3 meses postparto utilizando un punto de corte en la EPDS ≥ 10. Utilizando el mismo criterio, Alton, Zeng, Tough, Mandhane, y Kozyrskyj (2016) encontraron una prevalencia del 11,0% en una muestra de 791 mujeres en su octava semana postparto. Por último, Falah-Hassani et al. (2016) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el cual evaluaron a 522 mujeres en la primera, cuarta y octava semanas postparto. Utilizando un punto de corte ≥ 10 obtuvieron una prevalencia de sospecha de depresión del 29,6%, 23,0% y 20,4%, respectivamente.

En Europa, se han hallado varios estudios que han evaluado la prevalencia de sospecha de depresión postparto en los últimos años.

En la República Checa, Fiala, Svancara, Klanova y Kasparek (2017) utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 10 en una muestra de 3233 mujeres que fueron evaluadas a las 6 semanas y a los 6 meses postparto. La prevalencia de sospecha de depresión hallada con este instrumento fue del 11,8% (n = 380) y del 10,1% (n = 327), respectivamente.

En Polonia, Maliszewska, Bidzan, Swiatkowska-Freund y Preis (2017) evaluaron a 387 mujeres entre las 4 y las 8 semanas postparto con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados a la depresión. Para ello utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 13 y hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 12,4% (n = 48).

En el Reino Unido, Borra et al. (2015) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el cual, partiendo de una muestra de 13988 mujeres pertenecientes al Avon Longitudinal Survey of Parents and Children (ALSPAC), evaluaron la sospecha de depresión utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12. Con este criterio hallaron una prevalencia media del 10,0% (n = 10756) a las 8 semanas, y del 8,0% (n = 10345), 10,0% (n = 9605) y 12,0% (n = 8985) a los 8, 21 y 33 meses postparto, respectivamente.

En Noruega, Pop et al. (2015) evaluaron a 949 mujeres en la primera semana postparto. Utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 11 y hallaron una prevalencia del 7,0% (n = 65).

En Suecia, Sylven, Ekselius, Sundstrom-Poromaa y Skalkidou (2013) llevaron a cabo un estudio en el que 1308 mujeres fueron evaluadas en 3 momentos del postparto: en los primeros cinco días, a las 6 semanas y a los 6 meses. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 11,1%, 11,1% y 9,5%, respectivamente. Por otro lado, Iliadis et al. (2015) evaluaron a 975 mujeres a las 6 semanas y a 936 mujeres a los 6 meses postparto. En ambos momentos, utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 12 mientras que a los 6 meses postparto emplearon además la Depression Self-Rating Scale para identificar los casos de depresión mayor. Con estos criterios, la prevalencia de sospecha de depresión hallada con la EPDS fue del 8,5% en ambos momentos (6 semanas postparto, n = 83; 6 meses postparto, n = 80), mientras que la prevalencia de depresión mayor fue del 4,9% (n = 20/408) a los 6 meses postparto.

En Serbia, Dmitrovic, Dugalic, Balkoski, Dmitrovic y Soldatovic (2014) evaluaron a 212 mujeres a las 8 semanas postparto utilizando la EPDS como instrumento de cribado. Utilizando un punto de corte ≥ 12 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 11,8% (n = 23).

En Italia, Giardinelli et al. (2012) hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 13,2% (n = 78) en una muestra de 590 mujeres evaluadas con la EPDS > 10 a los 3 meses postparto. Por otro lado, Clavenna et al. (2017) con un punto de corte ≥ 12, hallaron una prevalencia del 4,7% (n = 126) en una muestra de 2706 mujeres evaluadas entre los 60 y 90 días postparto.

En Grecia, Koutra et al. (2014) evaluaron a 438 mujeres que se encontraban en las 8 semanas postparto. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 13,0% (n = 57).

Tabla 7. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme por país.

	Estudio	País	Instrumento (Momento)	Prevalencia (%)
PAÍSES ÁRABES	Kheirabadi y Maracy (2009)	Irán	BDI-II ≥ 10 (2-12 meses) BDI-II 10 – 16 (2-12 meses) BDI-II 17 – 29 (2-12 meses) BDI-II 30 – 63 (2-12 meses)	57,1 (Leve) 20,0 (Moderada)18,3 (Severa) 18,9
	Kheirabadi y Maracy (2010)	Irán	EPDS ≥ 12 (6-8 semanas)	26,3
	Taherifard et al. (2013)	Irán	EPDS ≥ 13 (6-8 semanas)	34,8
	Abdollahi et al. (2014)	Irán	EPDS > 12 (12 semanas)	14,10
	Abdollahi et al. (2014)	Irán	EPDS ≥ 13 (2 semanas) EPDS ≥ 13 (12 semanas)	19,7 19,6
	Abdollahi et al. (2016)	Irán	EPDS ≥ 12 (12 semanas)	19,0
	Vaezi et al. (2019)	Irán	EPDS ≥ 12 (0-6 meses)	43,5
	Afshari et al. (2019)	Irán	EPDS ≥ 13 (14 días-6 meses)	38,8
	Glasser et al. (2011)	Israel	EPDS ≥ 10 (6 semanas)	16,3
	Polachek et al. (2014)	Israel	EPDS > 10 (1 mes)	4,5
	Alfayumi et al. (2015)	Israel	EPDS ≥ 10 (1-7 meses) EPDS ≥ 13 (1-7 meses)	31,0 19,1
	Shwartz et al. (2019)	Israel	EPDS ≥ 10 (6 semanas-6 meses)	10,3
	El-Hachem et al. (2014)	Líbano	EPDS ≥ 9 (2 días) EPDS ≥ 9 (4-6 semanas)	33,3 12,8
	Serhan et al. (2012)	Turquía	EPDS ≥ 13 (2-6 meses)	9,1
	Annagür et al. (2013)	Turquía	EPDS ≥ 12 (48 horas) EPDS ≥ 12 (6 semanas)	14,2 11,2
	Poçan et al. (2013)	Turquia	EPDS ≥ 12 (4-6 semanas)	28,9
	Boratav et al. (2015)	Turquía	EPDS ≥ 12 (3-6 meses)	48,3
	Turkcapar et al. (2015)	Turquía	EPDS ≥ 13 (6-8 semanas)	15,4
	Shain et al. (2018)	Turquia	EPDS ≥ 13 (4-6 semanas)	4,8
	Burgut et al. (2013)	Qatar	EPDS ≥ 12 (0-6 meses)	17,6
	Al Hinai et al. (2014)	Omán	EPDS ≥ 13 (2 semanas) EPDS ≥ 13 (8 semanas)	13,5 10,6
	Alasoom et al. (2016)	Arabia Saudí	EPDS > 10 (2-6 meses) EPDS 10 – 12 (2-6 meses) EPDS ≥ 13 (2-6 meses)	17,8 (Moderado) 9,8 (Severo) 8,0
	Mohammad et al. (2011)	Jordania	EPDS ≥ 13 (6 semanas) EPDS ≥ 13 (6 meses)	22,1 21,2

BDI: Beck Depression Inventory; EPDS: Edinburgh Postprtum Depression Scale

Tabla 7. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme por país (Cont.).

	Estudio	País	Instrumento (Momento)	Prevalencia (%)
ASIA	Hassanein et al. (2014)	Egipto	EPDS ≥ 13 (0-3 meses)	39,0
			BDI (Si EPDS ≥ 13)	(Leve) 31,0
			BDI (Si EPDS ≥ 13)	(Moderado) 25,7
			BDI (Si EPDS ≥ 13)	(Severo) 43,4
	Sheela et al. (2015)	India	EPDS ≥ 13 (4-7 días)	7,5
	Fan et al. (2020)	India	EPDS ≥ 10 (10 días)	15,5
			EPDS ≥ 10 (4 semanas)	7,8
	Giri et al. (2015)	Nepal	EPDS ≥ 10 (6-10 semanas)	30,3
	Kunwar et al. (2015)	Nepal	EPDS ≥ 13 (2-3 días)	29,0
	Xie et al. (2010)	China	EPDS ≥ 13 (2 semanas)	19,3
	Deng et al. (2014)	China	EPDS ≥ 10 (4 semanas)	27,37
	Chi et al. (2016)	China	CES-D ≥ 16 (1 año)	28,0
			CES-D ≥ 16 (2 años)	30,8
			CES-D ≥ 16 (3 años)	31,8
	Xiong et al. (2018)	China	EPDS ≥ 10 (6 semanas)	56,2
	Ngai et al. (2015)	China	GHQ-12 ≥ 5 (6 meses)	11,5
	Ho et al. (2013)	Taiwan	EPDS ≥ 10 (1 semana-2 meses)	50,5
			EPDS ≥ 12 (1 semana-2 meses)	39,2
	Do et al. (2018)	Vietnam	EPDS ≥ 12 (0-1 año)	27,6
	Yusuff et al. (2015)	Malaysia	EPDS > 8 (1 mes)	7,1
			EPDS > 8 (3 meses)	6,9
			EPDS > 8 (6 meses)	7,6
	Miyake et al. (2011)	Japón	EPDS ≥ 9 (3-4 meses)	13,8
	Takahashi et al. (2014)	Japón	EPDS ≥ 9 (1 mes)	10,0
	Nishimura et al. (2015)	Japón	EPDS ≥ 9 (4 meses)	10,3
	Muchanga et al. (2015)	Japón	EPDS ≥ 9 (0-1 mes)	14,0
	Park et al. (2015)	Corea	EPDS ≥ 9 (4 semanas)	42,5
	Lee et al. (2015)	Corea	EPDS ≥ 10 (10-15 días)	13,9
			BDI ≥ 10 (10-15 días)	
AUSTRALIA	Woolhouse et al. (2015)	Australia	EPDS ≥ 13 (3 meses)	8,1
			EPDS ≥ 13 (6 meses)	10,1
			EPDS ≥ 13 (12 meses)	9,5
			EPDS ≥ 13 (18 meses)	11,3
			EPDS ≥ 13 (4 años)	14,5
	Ogbo et al. (2018)	Australia	EPDS ≥ 13 (6 semanas)	3,3

EPDS: Edinburgh Postprtum Depression Scale; BDI: Beck Depression Inventory; CESD: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; GHQ_12: General Health Questionnaire

Tabla 7. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme por país (Cont.).

	Estudio	País	Instrumento (Momento)	Prevalencia (%)
AMÉRICA	Melo et al. (2012)	Brasil	EPDS ≥ 12 (4-6 semanas)	10,8
	Silva et al. (2012)	Brasil	EPDS ≥ 13 (30-60 días)	16,5
	Filha et al. (2016)	Brasil	EPDS ≥ 13 (6-18 meses)	26,3
	Correa et al. (2016)	Brasil	EPDS ≥ 11 (1-3 meses)	19,5
	Mathisen et al. (2013)	Argentina	EPDS ≥ 10 (4 - 12 semanas) EPDS 10-12 (4 - 12 semanas) EPDS ≥ 13 (4 - 12 semanas)	37,2 18,6 18,6
	De castro et al. (2015)	Mexico	EPDS ≥ 12 (9 meses)	10,6
	Lara et al. (2015)	Mexico	PHQ-9 ≥ 10 (6 semanas) PHQ-9 ≥ 10 (6 meses)	17,1 20,0
	Dolbier et al. (2013)	USA	EPDS 10-12 (1 mes) EPDS ≥ 10 (1 mes) EPDS ≥ 12 (1 mes) EPDS 10-12 (6 meses) EPDS ≥ 10 (6 meses) EPDS ≥ 12 (6 meses)	(Menor) 6,9 (Combinada) 17,5 (Mayor) 10,5 (Menor) 8,4 (Combinada) 17,4 (Mayor) 9,0
	Mercier et al. (2013)	USA	EPDS ≥ 13 (3 meses) EPDS ≥ 13 (12 meses)	7,3 6,0
	Conelly et al. (2013)	USA	EPDS ≥ 10 (6 semanas)	20,4
	Huang et al. (2015)	USA	EPDS ≥ 13 (6 semanas)	8,4
	Mc-Hosenfeld et al. (2016)	USA	EPDS ≥ 12 (1 mes) EPDS ≥ 12 (6 meses) EPDS ≥ 12 (12 meses)	5,06 4,92 4,79
	Vigod et al. (2013)	Canadá	EPDS ≥ 13 (¿?)	7,47
	Youash et al. (2013)	Canadá	EPDS ≥ 13 (¿?)	(Primíparas) 9,5 (Multíparas) 11,7
	Kim et al. (2014)	Canadá	EPDS ≥ 14 (5-9 meses)	7,2
	Verreault et al. (2014)	Canadá	EPDS ≥ 10 (3 meses)	16,4
	Alton et al. (2016)	Canadá	EPDS ≥ 10 (8 semanas)	11,0
	Falah-Hassani et al. (2016)	Canadá	EPDS ≥ 12 (1 semana) EPDS ≥ 12 (4 semanas) EPDS ≥ 12 (8 semanas)	29,6 23,0 20,4

EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire

Tabla 7. Prevalencia de la depresión postparto con cuestionarios de autoinforme por país (Cont.).

	Estudio	País	Instrumento (Momento)	Prevalencia (%)
EUROPA	Fiala et al. (2017)	República Checa	EPDS ≥ 10 (6 semanas) EPDS ≥ 10 (6 meses)	11,8 10,1
	Maliszewska et al. (2017)	Polonia	EPDS ≥ 13 (8 semanas)	12,40
	Borra et al. (2015)	UK	EPDS ≥ 12 (8 semanas) EPDS ≥ 12 (8 meses) EPDS ≥ 12 (21 meses) EPDS ≥ 12 (32 meses)	10,0 8,0 10,0 12,0
	Khalifa et al. (2015)	Noruega	EPDS ≥ 12 (3 meses)	9,2
	Pop et al. (2015)	Noruega	EPDS ≥ 11 (1 semana)	7,0
	Sylven et al. (2012)	Suecia	EPDS ≥ 12 (5 días) EPDS ≥ 12 (6 semanas) EPDS ≥ 12 (6 meses)	11,1 11,1 9,5
	Iliadis et al. (2015)	Suecia	EPDS ≥ 12 (6 semanas y 6 meses) DSRS (6 meses)	8,5 (Mayor) 4,9
	Dmitrovic et al. (2014)	Serbia	EPDS ≥ 12 (8 semanas)	11,8
	Giardinelli et al. (2012)	Italia	EPDS > 10 (3 meses)	13,2
	Clavenna et al. (2017)	Italia	EPDS ≥ 12 (60-90 días)	4,7
	Koutra et al. (2014)	Grecia	EPDS ≥ 13 (8 semanas)	13,0
	Gaillard et al. (2014)	Francia	EPDS ≥ 13 (6-8 semanas)	16,7
	Figueiredo y Costa (2009)	Portugal	EPDS ≥ 10 (3 meses)	26,7
	Pinto et al., (2017)	Portugal	EPDS ≥ 10 (1-3 días)	23,7

EPDS: Edinburgh Postprtum Depression Scale; DSRS: Depression Sel-Rating Scale

En Francia, Gaillard et al. (2014) hallaron una prevalencia del 16,7% (n = 44) en una muestra de 264 mujeres evaluadas entre las 6 y las 8 semanas postparto utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 12.

En Portugal, dos estudios evaluaron la prevalencia de sospecha de depresión utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10. Por un lado, Figueiredo y Costa (2009), hallaron una prevalencia del 26,7% a los 3 meses postparto en una muestra de 91 mujeres mientras que Pinto et al. (2017), hallaron una prevalencia del 23,7% entre el primer y el tercer día postparto en una muestra de 172 mujeres, si bien este dato tendría que considerarse como baby blues y no como sospecha de depresión propiamente dicha.

Si bien la variabilidad en la metodología utilizada por los diferentes estudios sigue siendo un obstáculo a la hora de sacar conclusiones sobre los datos de prevalencia, con

respecto al instrumento utilizado la unanimidad es clara. La EPDS es la herramienta de cribado más utilizada, concretamente en 72 de los 76 estudios incluidos en esta revisión. Los puntos de corte utilizados con este instrumento oscilan entre el > 8 y el ≥ 14, siendo el ≥ 13, ≥ 12 y ≥ 10 los más frecuentes por este orden. Además, estos puntos de corte difieren incluso en estudios realizados en el mismo país, tal es el caso de Brasil (Corrêa et al., 2016; Melo et al., 2012; Silva et al., 2012), Turquía (Annagur et al., 2013; Serhan et al., 2013) e Irán (Kheirabadi et al., 2009; Taherifard et al., 2013).

Con respecto a los momentos temporales escogidos para evaluar la depresión, estos abarcan desde el postparto inmediato, concretamente desde las primeras 48 horas (Annagur et al., 2013; El-Hachem et al., 2014, Mc-Hosenfeld e al. 2016) hasta los 4 años (Woolhouse et al., 2015), si bien el seguimiento a tan largo plazo es anecdótico. La mayoría de los estudios evalúan hasta los 6 meses como máximo (Alasoom y Koura, 2014; Boratav, Toker, Küey, 2016; Burgut et al., 2013; Dolbier et al., 2013; Fiala et al., 2017; Iliadis et al., 2015; Lara et al., 2015; Yusuff et al., 2015b; Mohammad et al., 2011; Ngai y Ngu, 2015; Serhan et al., 2013; Shwartz et al., 2019; Sylven et al., 2013; Vaezi et al., 2019), mientras que más allá de los primeros 12 meses postparto hay 4 estudios (Borra et al., 2015; Chi et al., 2016; Filha et al., 2016; Woolhouse et al., 2015). No obstante, cabe destacar que algunos de los trabajos mencionados no aportan datos recogidos de forma longitudinal, si no que evalúan a cohortes de mujeres que, por ejemplo, se encontraban en su primer año postparto (Do et al., 2018; Kheirabadi et al., 2009) o empiezan el seguimiento a apartir del año sin incluir ninguna evaluación previa (Chi et al., 2016).

Los rangos de prevalencia obtenidos con la EPDS oscilan, a las 6 semanas, entre el 3,3% (Ogbo et al., 2018) en Australia utilizando un punto de corte ≥ 13 y el 56,2% (Xiong, Deng, Wan y Liu, 2018) en China utilizando un punto de corte ≥ 10. A los 6 meses, la prevalencia oscila entre el 4,9% (Mc-Hosenfeld et al., 2016) en USA con un punto de corte ≥ 12 y el 21,2% (Mohammad et al., 2011) en Jordania utilizando un punto de corte ≥13. A los 12 meses postparto, el rango de prevalencia se sitúa entre el 6,0% (Mercier et al., 2013) en Estados Unidos y el 9,5% (Woolhouse et al., 2015) en Australia, en ambos casos utilizando un punto de corte ≥13.

6.1.2 Prevalencia de la depresión postparto con entrevista clínica

Retomando las revisiones comentadas anteriormente sobre prevalencia de depresión perinatal, se exponen a continuación las principales conclusiones con respecto a los datos del postparto. Por un lado, en referencia a cuál es el momento de mayor prevalencia de depresión, Gavin et al. (2005) concluyeron que esta no parece ser más alta en ningún momento específico del postparto, si bien el segundo y tercer mes parecen ser los de mayor prevalencia. Concretamente, la depresión combinada comienza a aumentar y es más alta en el tercer mes, situandose en un 12,9%. Entre el cuarto y el séptimo mes postparto, la prevalencia disminuye ligeramente, manteniéndose entre el 9,9% y el 10,6%, después de lo cual disminuye hasta el 6,5%. Por otro lado, Gaynes et al. (2005) concluyeron que, con respecto a la depresión mayor el rango de prevalencia oscila entre el 1,0% y el 5,9%, mientras que para la depresión combinada oscilaría entre el 6,5% y el 12,0% en diferentes momentos durante el primer año postparto. Cabe recordar que, en ambas revisiones los autores solo han incluido aquellos estudios que evaluaron la depresión con entrevistas clínicas. A continuación, se comentarán los estudios que han utilizado entrevistas clínicas para el diagnóstico de la depresión postparto en los últimos 10 años (Tabla 8).

En Brasil, Cantilino et al. (2010) estimaron la prevalencia de depresión utilizando la entrevista clínica SCID en una muestra de 400 mujeres que se encontraban entre las 2 y las 26 semanas postparto. De acuerdo con los criterios del DSM-IV, la prevalencia de depresión mayor hallada fue del 7,2% (n = 29).

Utilizando los mismos criterios diagnósticos, en Mexico, Lara et al. (2015) hallaron una prevalencia de depresión mayor del 13,8% (n = 29) y del 13,3% (n = 28) en una muestra de 210 mujeres mexicanas evaluadas a las 6 semanas y a los 6 meses postparto, respectivamente.

En Italia, Banti et al. (2011) llevaron a cabo un estudio longitudinal en el cual evaluaron a 751 mujeres en el primer mes y 663 en el tercer mes postparto. A los seis meses fueron evaluadas 600 mujeres, a los nueve 534, y a los doce un total de 500 mujeres. En cada uno de los momentos de evaluación hallaron una prevalencia de depresión combinada del 3,2% (n = 24), 2,7% (n = 18), 1,9% (n = 11), 1,2% (n = 6) y 1,8% (n = 8), respectivamente.

En la India, Gupta et al. (2013) evaluaron a 202 mujeres a las 6 semanas postparto. Para ello utilizaron el Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD), el cual se

basa en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de depresión mayor. La prevalencia hallada fue del 15,8% (n = 18).

En Portugal, Marques et al. (2011) evaluaron a 382 mujeres a los 3 meses postparto. Para ello utilizaron la Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) y se basaron en los criterios diagnósticos del DSM-IV para estimar la prevalencia de depresión mayor y de la CIE-10 para la depresión leve-moderada. De este modo hallaron una prevalencia del 11,5% (n = 46) para la depresión mayor y del 16,6% (n = 66) para la depresión leve-moderada.

Tabla 8. Prevalencia de la depresión postparto con entrevista clínica por país.

Estudio	País	Instrumento	Tipo de depresión	Prevalencia (%)
Cantilino et al. (2010)	Brasil	SCID (2-26 semanas)	Mayor	7,2
Lara et al. (2015)	Mexico	SCID (6 semanas) SCID (6 meses)	Mayor	13,8 13,3
Banti et al. (2011)	Italia	SCID (4 semanas) SCID (12 semanas) SCID (6 meses) SCID (36 semanas) SCID (48 semanas)	Combinada	3,2 2,7 1,9 1,2 1,8
Gupta et al. (2013)	India	PRIME MD (6 semanas)	Mayor	15,8
Marqués et al. (2010)	Portugal	DIGS (12 semanas)	Mayor Leve-Moderada	(DSM-IV) 11,5 (CIE-10) 16,6

SCID: Structured Clinical Interview for Diagnostics of DSM-IV; PRIME-MED: Primary Care Evaluation of Mental Disorders; DIGS: Diagnostic Interview for Genetic Studies.

A la vista de los datos, cabe destacar la escasez de estudios que han utilizado una entrevista clínica para diagnosticar la depresión y, por tanto, la dificultad para extraer conclusiones. No obstante, la SCID sigue siendo el instrumento más utilizado, si bien en lo referente a los momentos de evaluación no existe uniformidad. La depresión mayor es la más frecuentemente evaluada con rangos de prevalencia que oscilan entre el 7,2% entre las 2 y las 26 semanas postparto (Cantilino et al., 2010) y el 13,8% a las 6 semanas (Lara et al., 2015). La depresión combinada fue evaluada en un solo estudio (Banti et al., 2011) con rangos de prevalencia que oscilan entre el 1,2% a las 36 semanas postparto y el 3,2% a las 4 semanas. Si atendemos a la prevalencia según el momento de evaluación, a las 6 semanas, se situaría entre el 13,8% (Lara et al., 2015) y el 15,8% (Gupta et al., 2013) para la depresión mayor. A los 6 meses postparto no se puede establecer un rango, pues solamente un estudio aporta datos de prevalencia, bien para la depresión mayor (Lara et al., 2015) o para la depresión combinada

(Banti et al., 2011), siendo la misma del 13,3% y del 1,9%, respectivamente. Con respecto a los 12 meses postparto (concretamente a las 48 semanas), la prevalencia hallada de depresión combinada fue del 1,8% (Banti et al., 2011).

6.1.3. Prevalencia de la depresión postparto en España

Al igual que ocurría durante el embarazo, en España, son escasos los estudios que han evaluado la sintomatología depresiva y/o la depresión en el postparto. Por este motivo, se han incluido los trabajos publicados hasta la fecha que aportan datos de prevalencia, sin restricción temporal. A continuación, se presenta un resumen de los mismos por orden cronológico (Tabla 9).

Machado et al. (1997) evaluaron a las 6-8 semanas postparto a un total de 304 mujeres cuyos partos habían tenido lugar en el hospital de Albacete. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13, hallaron una prevalencia de sospecha de depresión del 15,8%.

Sebastián-Romero et al. (1999) llevaron a cabo un estudio para evaluar la sintomatología depresiva en 190 mujeres del área de Toledo. Para ello contactaron con las mujeres de la muestra via telefónica entre las 6 y las 8 semanas postparto y las evaluaron utilizando la EPDS (si bien se desconoce el punto de corte utilizado). La prevalencia de sospecha de depresión hallada fue del 13,16%.

Martínez et al. (2001) evaluaron a 101 mujeres atendidas en el Hospital La Fe de Valencia en los primeros días tras el parto (durante su estancia hospitalaria) y a los 2 meses. Utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 10 hallaron una prevalencia de sospecha de epresión del 32,7% y del 26,8%, repectivamente.

En Soria, con una muestra de 306 mujeres que se encontraban entre las 3 – 8 semanas postparto, Sierra et al. (2002) evaluaron la sospecha de depresión utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13 y hallaron una prevalencia del 15,7%.

Garcia-Esteve et al. (2003) llevaron a cabo un estudio con 1201 mujeres que acudieron al servicio de obstetricia del Hospital Clinic de Barcelona para realizar la visita de control del puerperio a las 6 semanas postparto, durante el periodo de un año. En este momento (1ª fase del estudio) las madres eran evaluadas con la EPDS. En la segunda fase, todas aquellas que obtenían una puntuación ≥ 9 (n = 261) eran derivadas para ser evaluadas con la entrevista

clínica SCID junto a una muestra aleatoria del 10% de las mujeres que puntuaron por debajo de 9 (n = 63). La prevalencia de sospecha de depresión hallada con la EPDS fue del 21,7%. Por otro lado, con la SCID y según los criterios diagnósticos del DSM-IV se detectaron 36 casos de depresión mayor (11,12%) y 64 de depresión menor (19,75%). Cabe destacar que estos casos se obtuvieron de la muestra de 324 mujeres incluidas en la segunda fase del estudio y, por tanto, a priori, es una muestra con riesgo elevado de depresión. Este estudio fue el que sirvió para validar la EPDS en España para su uso en el periodo postparto. Se estableció un punto de corte ≥ 11 para detectar los casos de depresión combinada y como criterio de cribado para los profesionales de atención primaria.

En el mismo año, parte del mismo equipo de investigación (Ascaso et al. 2003) y utilizando el mismo procedimiento ya descrito, hallaron en una muestra de 1191 mujeres evaluadas a las 6-8 semanas postparto una prevalencia de sospecha de Depresión con la EPDS ≥ 12 del 12,9%, mientras que con la SCID la prevalencia de depresión mayor fue del 3,6% y de depresión menor del 6,5%.

Carrascón et al. (2006) evaluaron a una muestra de 263 mujeres residentes en el área de Barcelona. El objetivo principal fue identificar a las mujeres con riesgo de sufrir depresión durante el embarazo y el postparto utilizando la escala EPDS. Las evaluaciones correspondientes al postparto se llevaron a cabo a los 10-15 días y a los 30-40 días postparto. En ambos momentos, fue considerada patológica una puntuación ≥ 16 y ≥ 9, respectivamente. En caso de obtener una puntuación superior, repetían el cuestionario a los 7-15 días, y si persistían las puntuaciones elevadas se hacía una derivación a la unidad especializada. La prevalencia de sospecha de depresión fue del 3,0% y del 6,8%, respectivamente.

Vilouta et al. (2006) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de conocer las variables asociadas a la presencia de depresión postparto. Para ello evaluaron a 400 mujeres entre los 3 y 4 días postparto, durante la estancia de las mismas en el servicio de obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 12 y la prevalencia de sospecha de depresión hallada con este criterio fue del 21,25% (n = 85), si bien dado el momento en el que fueron recogidos los datos no podemos hablar de depresión postparto si no de *baby blues*.

Escribà-Agüir y Artazcoz (2011) además de estimar la prevalencia de sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo, tal y como se comentó en apartados previos,

también lo hicieron a los 3 y 12 meses postparto. Para ello, evaluaron a un total de 687 mujeres del área sanitaria de Valencia. Utilizaron la escala EPDS con un punto de corte ≥ 13 encontrando una prevalencia del 9,3% y del 4,4%, respectivamente.

Míguez, Fernández et al. (2017) evaluaron la presencia de sintomatología depresiva en 99 mujeres del área sanitaria de Santiago de Compostela que se encontraban entre las 6 y 8 semanas postparto. Para ello utilizaron la EPDS con diferentes puntos de corte ≥ 10, ≥ 12 y ≥ 13. La prevalencia hallada fue del 35,4% (n = 35), 22,2% (n = 22), y del 18,2% (n = 18), respectivamente.

Finalmente, Marín-Morales et al. (2014) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar si la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en el postparto inmediato predecía la presencia de los mismos a los 4 meses. Para ello evaluaron a 200 mujeres (atendidas en el Hospital Universitario de Fuenlabrada), a las 24 horas postparto y a 111 mujeres a los 4 meses Para estimar la prevalencia de sospecha de depresión utilizaron el BDI-II con un punto de corte ≥ 13 y ≥14. Con este criterio, la prevalencia hallada a las 24 horas postparto fue del 21,0% y del 15,4%, respectivamente. A los 4 meses postparto, la prevalencia fue del 25,2% y del 23,4%.

En España son escasos los estudios que han evaluado la depresión postparto y la variabilidad existente en cuanto al momento de evaluación y el criterio diagnóstico empleado es evidente. Con respecto al momento temporal escogido por los investigadores para llevar a acabo las evaluaciones, éste oscila entre las 24 horas postparto (Marín-Morales et al., 2014) y los 12 meses postparto (Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011), si bien las 6-8 semanas postparto es el más frecuentemente utilizado (Garcia-Esteve et al. 2003; Míguez, Fernández et al., 2017; Sebastián Romero et al., 1999). Cabe destacar que cuatro estudios han utilizado un momento temporal del puerperio inmediato en el cual los datos obtenidos se corresponderían más con la prevalencia de *baby blues* que de sospecha de depresión propiamente dicha. Tal es el caso de Marín-Morales et al. (2014) quienes realizaron la evaluación en las 24 horas postparto, Vilouta et al. (2006) entre los 2 y 3 días, Martínez et al. (2001) durante la estancia hospitalaria sin especificar días y Carrascón et al. (2006) entre los 10 y 15 días postparto. Por otro lado, cuatro estudios han realizado un seguimiento de la muestra (Carrascón et al., 2006; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Marín-Morales et al., 2014; Martínez et al., 2001), ofreciendo datos de al menos dos momentos temporales distintos. En estos casos la trayectoria de la sospecha

de depresión ofrece resultados diferentes, si bien se utilizan criterios muy diversos entre unos y otros estudios, así como en el mismo estudio según el momento de evaluación. Por un lado, se observó que la prevalencia de sospecha de depresión aumenta conforme pasa el tiempo (Carrascón et al., 2006; Marín-Morales et al., 2014) mientras que en el etudio de Escribà-Agüir Artazcoz (2011) y Martínez et al. (2001) disminuye, si bien este últimoel dato que ofrece de la primera de evaluación sería de *baby blues.*

Con respecto a los instrumentos utilizados para la evaluación de la sospecha de depresión existe mayor consenso. La EPDS sigue siendo el instrumento más utilizado. No obstante, y a pesar de existir la validación de la escala desde el año 2003, los puntos de corte utilizados varían de unos estudios a otros e incluso en el mismo estudio según el momento de evaluación (Carrascón et al., 2006). Solamente en un trabajo (Marín-Morales et al., 2014) se utilizó un instrumento distinto (el BDI-II).

Por último, solo dos estudios (Ascaso et al., 2003; Garcia-Esteve et al., 2003) utilizan la entrevista clínca SCID para confirmar los casos de depresión si bien hay que tener en cuenta que solo fue utilizada en las mujeres que puntuaron por encima del punto de corte establecido para la EPDS en cada caso y en una muestra aleatoria de las que puntuaron por debajo.

Si bien, por las cuestiones comentadas es complicado poder sacar una conclusión, se podría resumir a partir de los datos observados que la prevalencia de sospecha de depresión en el postparto más inmediato (24 horas y 15 días) oscila entre el 3,0% (Carrascón et al., 2006) y el 32,7% (Martínez et al., 2001). Entre las 6 y 8 semanas la prevalencia se sitúa entre el 6,8% (Carrascón et al., 2006) y el 35,4% (Míguez, Fernández et al., 2017). A los 3 meses postparto, la prevalencia fue del 9,3% (Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011), a los 4 meses osciló entre el 23,4% y el 25,2% (Marín-Morales et al., 2014) y a los 12 meses fue del 4,4% (Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011).

Con la entrevista clínica SCID, la prevalencia de depresión mayor fue del 11,1% (Garcia-Esteve et al., 2003) y del 3,6% (Ascaso et al., 2003), de la depresión menor fue 6,5% (Ascaso et al., 2003), y la de depresión combinada fue del 19,75% (Garcia-Esteve et al., 2003) y del 10,1% (Ascaso et al., 2003), entre las 6 y 8 semanas postparto.

En resumen, es necesaria la realización de estudios que incluyan más momentos de evaluación a lo largo del postparto y que confirmen con una entrevista clínica los datos de prevalencia hallados con instrumentos de cribado.

Tabla 9. Prevalencia de la depresión postparto en España.

Estudio	Instrumento	Depresión (%)
Machado et al. (1997)	EPDS ≥ 13 (6-8 semanas)	15,8
Sebastián-Romero et al. (1999)	EPDS ≥ ¿? (6-8 semanas)	13,16
Martínez et al. (2001)	EPDS ≥ 10 (primeros días)	32,7
	EPDS ≥ 10 (2 meses)	26,8
Sierra et al. (2002)	EPDS ≥ 13 (3 – 8 semanas)	15,7
Ascaso et al. (2003)	EPDS ≥ 12 (6-8 semanas)	12,9
	SCID (6-8 semanas)	(Mayor) 3,6
	SCID (6-8 semanas)	(Menor) 6,5
Garcia-Esteve et al. (2003)	EPDS ≥ 9 (6-8 semanas)	21,7
	SCID (6-8 semanas)	(Mayor) 11,1
	SCID (6-8 semanas)	(Menor) 19,8
Carrascón et al. (2006)	EPDS ≥ 16 (10-15 días)	3,0
	EPDS ≥ 9 (30-40 días)	6,8
Vilouta et al. (2006)	EPDS ≥ 12 (3-4 días)	(Baby Blues) 21,25
Escriba-Aguir et al. (2011)	EPDS ≥ 13 (3 meses)	9,3
	EPDS ≥ 13 (12 meses)	4,4
Míguez, Fernández et al. (2017)	EPDS ≥ 10 (6-8 semanas)	35,4
	EPDS ≥ 12 (6-8 semanas)	22,2
	EPDS ≥ 13 (6-8 semanas)	18,2
Marín -Morales et al. (2014)	BDI-II ≥ 13 (24 horas)	(Baby Blues) 21,0
	BDI-II ≥ 14 (24 horas)	(Baby Blues) 15,4
	BDI-II ≥ 13 (4 meses)	25,2
	BDI-II ≥ 14 (4 meses)	23,4

EPDS: Edinburgh Pospartum Depression Scale; SCID: Structured Clinical Inteview for DSM-IV Diagnostics; BDI: Beck Depression Inventory

6.2. TRAYECTORIA DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Hasta ahora se han aportado los datos de prevalencia de depresión en el embarazo y el postparto de forma separada. Sin embargo, algunos de estos resultados pertenecen a estudios longitudinales que han evaluado a las mujeres a lo largo de ambos periodos. A continuación, se resumen los datos de prevalencia de forma longitudinal aportados por los mismos. Con respecto a la prevalencia de la depresión perinatal evaluada con cuestionarios de autoinforme (Tabla 10) se pueden extraer las siguientes conclusiones.

En primer lugar, cabe destacar que la EPDS es el instrumento utilizado en todos los estudios. No obstante, como ya se ha comentado en otras ocasiones, los puntos de corte son diferentes incluso en estudios realizados en el mismo país como es el caso de Brasil (Melo et al., 2012; Silva et al., 2012). Tal es así que el rango de puntos de corte utilizados varía desde el ≥ 9 de Park et al. (2015) en Corea, al ≥ 14 de Borra et al. (2015) en Reino Unido, si bien el ≥ 13 ha sido el más frecuente. Por otro lado, todos los estudios, excepto dos, utilizan el mismo punto de corte en el postparto y en el embarazo. Borra et al. (2015) disminuyeron en un punto el punto de corte en el postparto, mientras que Gaillard et al. (2014) lo aumentaron. Con respecto al momento de evaluación, la mayoría de los estudios se limitaron a evaluar a las mujeres en dos momentos, una en el embarazo y otra en el postparto. Los más frecuentes fueron el tercer trimestre de embarazo y los 3 primeros meses postparto (concretamente las 6-8 semanas postparto).

Finalmente, de los datos de prevalencia aportados se podría concluir que el mayor porcentaje de sospecha de depresión se encuentra en el embarazo. Solamente en 4 estudios la tendencia es a la inversa, con datos de prevalencia mayores en el postparto (Borra et al., 2015; Mohammad et al., 2011; Tsao et al., 2015; Woolhouse et al., 2015). Es difícil establecer en qué momento del embarazo y del postparto es mayor la prevalencia de sintomatología depresiva, pues solo cinco estudios han llevado a cabo varias evaluaciones en el embarazo y/o postparto (Borra et al., 2015; McCall-Hosenfeld et al., 2016; Mohammad et al., 2011; Park et al., 2015; Woolhouse et al., 2015).

Tabla 10. Prevalencia de la depresión perinatal con cuestionarios de autoinforme por país.

		Embarazo (Trimestre)			Postparto (Meses)				
Estudio	**Instrumento**	**1º**	**2º**	**3º**	**0-3**	**6-8**	**12**	**18-21**	**24**
Woolhouse et al. (2015) Australia	EPDS ≥ 13	8,8			8,1	10,1	9,5	11,3	
Park et al. (2015) Corea	EPDS ≥ 9	40,5	42,5	61,4	42,5				
Borra et al. (2015) UK	EPDS > 14/≥ 12*		7,0	8,0	10,0	8,0		10,0	12,0
Mc-Hosenfeld et al. (2016) USA	EPDS ≥ 12			8,52	5,06	4,92	4,79		
Verreault et al. (2014) Canadá	EPDS ≥ 10			28,3	16,4				
Gaillard et al. (2014) Francia	EPDS ≥ 12/≥ 13*			16,7	16,7				
Koutra et al. (2014) Grecia	EPDS ≥ 13			16,7	13,0				
Figueiredo y Costa (2009) Portugal	EPDS ≥ 10			26,7	26,7				
Pinto et al., (2017) Portugal	EPDS ≥ 10		24,4	24,2	23,7				
Melo et al. (2012) Brasil	EPDS ≥ 12			24,3	10,8				
Silva et al. (2012) Brasil	EPDS ≥ 13			20,5	16,5				
Tsao et al. (2016) Taiwan	EPDS ≥ 13			17,3		24,1			
Glasser et al. (2012) Israel	EPDS ≥ 10			20,8	16,3				
Polachek et al. (2014) Israel	EPDS ≥ 10			24,7	4,5				
Mohammad et al. (2011) Jordania	EPDS ≥ 13			19,0	22,1	21,2			
Giardinelli et al. (2012) Italia	EPDS ≥ 10			21,9	13,2				
Abdollahi et al. (2014) Irán	EPDS ≥ 12			21,4	14,10				

*Punto de corte utilizado en el postparto; EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale

Con respecto a la prevalencia de depresión perinatal evaluada con entrevista clínica (Tabla 11), solo un estudio realizado en Italia (Banti et al., 2011) proporciona datos en diferentes momentos del embarazo y el postparto, lo cual imposibilita llevar a cabo conclusiones.

Tabla 11. Prevalencia de la depresión perinatal con entrevista clínica por país.

		Embarazo (Trimestre)			Postparto (Meses)				
Estudio	**Instrumento/Depresión**	**1º**	**2º**	**3º**	**1**	**3**	**6**	**9**	**12**
Banti et al. (2011) Italia	SCID/Combinada	8,6	2,6	1,7	3,2	2,7	1,9	1,2	1,8
Maqués et al. (2011) Portugal	DIGS/Mayor			1,1	11,5				
	DIGS/Leve-Moderada			2,8	16,6				
Lara et al. (2015) Mexico	SCID/Mayor			9,0	13,8	13,3			

SCID: Structured Clinical Inteview for DSM-IV Diagnostics; DIGS: Diagnotic Interview for Genetic Studies.

Lo mismo ocurre con la prevalencia de la depresión perinatal en España (Tabla 12), pues la escasez y variabilidad de la metodología utilizada dificulta la interpretación de los datos. No obstante, cabe destacar que la EPDS es el instrumento utilizado en los tres estudios hallados y que en ninguno se ha empleado una entrevista clínica. Por otro lado, el tercer trimestre es el único momento del que se disponen datos de prevalencia en el embarazo. En el postparto, ningún estudio ha coincidido en los momentos de evaluación escogidos para llevar a cabo las evaluaciones. Por tanto, no se puede ofrecer un rango aproximado de la prevalencia de depresión en este periodo.

Se puede concluir que, aunque en los últimos años ha sido creciente el interés por el estudio de la depresión durante el embarazo, el peso de la investigación sigue recayendo en el periodo postparto. El instrumento de cribado más utilizado con gran diferencia es la EPDS, si bien en cuanto a los puntos de corte utilizados existe mucha varibilidad, incluso en estudios llevados a cabo en un mismo país/región. La SCID es la entrevista clínica predominante para el diagnóstico de la depresión según los criterios del DSM-IV, siendo los datos de prevalencia de la depresión mayor los más frecuentemente aportados. No obstante, incluir una entrevista clínica en los estudios es algo excepcional.

En cuanto a los momentos temporales escogidos por los investigadores para llevar a cabo las evaluaciones, el tercer trimestre de embarazo y los 2 meses postparto son los más habituales, si bien en el postparto existe mayor variabilidad. Así mismo, los estudios longitudinales que incluyen evaluaciones repetidas en ambos periodos son prácticamente inexistentes, así como los seguimientos en el tiempo más allá de los 2-6 meses postparto.

Tabla 12. Prevalencia de la depresión perinatal en España.

	EMBARAZO (Trimestre)	POSTPARTO				
Estudio	3º	10-15 (Días)	30-40 (Días)	2 Meses	3 Meses	12 Meses
Carrascón et al. (2006)	(EPDS ≥ 11) 6,8	(EPDS ≥ 16) 3,0	(EPDS ≥ 9) 6,8			
Escriba-Aguir et al. (2011)	(EPDS ≥ 13) 10,3				9,3	4,4
Míguez, Fernández et al. (2017)	Embarazo					
	(EPDS ≥ 10) 31,3 (EPDS ≥ 12) 21,2 (EPDS ≥ 13) 19,2			35,4 22,2 18,2		

EPDS: Edinburg Postpartum Depression Scale

Si nos centramos en España, la característica principal es que la investigación de la depresión perinatal es muy escasa y algunos aspectos todavía no se han abordado. Concretamente, en el embarazo no hay datos de prevalencia correspondientes al segundo trimestre ni datos recogidos de forma longitudinal, sino solamente de forma aislada en el 1º y/o 3º trimestre. En el postparto, si bien dos estudios recogen datos de 2 momentos temporales, no hay ninguno que abarque desde el embarazo temprano hasta el postparto. Finalmente, los datos de prevalencia se han obtenido con cuestionarios de autoinforme, mayoritariamente la EPDS, no existiendo datos con entrevista clínica durante el embarazo. Así mismo, en el postparto, los datos que aporta el único estudio que ha utilizado una entrevista clínica (Garcia-Esteve et al., 2003), son obtenidos de una población de riesgo.

6.3. VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN POSTPARTO

En este apartado se expondrán las variables que han sido asociadas a la depresión postparto en estudios publicados en los últimos años (Tabla 13 y Tabla 14). Estas variables se han agrupado en cuatro categorías: variables sociodemográficas, variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, variables relacionadas con la salud y variables psicológicas.

6.3.1. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que más se han estudiado en relación con la depresión postparto vienen siendo, en general, las mismas que en la depresión durante el embarazo. A continuación, se mencionarán los datos más relevantes de cada una de ellas

Con respecto a la *edad* de la madre los resultados son contradictorios. Existen estudios que han asociado tener una menor edad con la aparición de sintomatología depresiva y/o depresión en el postparto. En concreto, tener una edad < 25 años (Abdollahi et al., 2014; Abdollahi, Zarghami, et al., 2014; Al Hinai y Al Hinai, 2014; Kheirabadi et al., 2009), entre 18-24 años (Woolhouse et al., 2015), ser menor de 28 años (Lara et al., 2015), o simplemente ser más joven (Sahin y Memnun, 2018). Sin embargo, en otras investigaciones se ha hallado lo contrario, pues a mayor edad, mayor riesgo. En concreto, tener una edad ≥ 35 (Ogbo et al., 2018; Vilouta et al., 2006), > 29 (Giri et al., 2015) y ≥ 25 (Clavenna et al., 2017). Podría resumirse a raíz de los datos aportados por los mismos, que la depresión postparto ha sido vinculada o bien a las mujeres de menor edad o a las de mayor edad. Si bien los estudios no aportan explicaciones a estos hallazgos, puede que variables culturales, relacionadas con el rol de la mujer en la sociedad y la maternidad influyan en los mismos, pues en algunas sociedades ser madre joven es la norma y lo que se espera de las mujeres mientras que en otras es lo contrario.

Con respecto al *nivel educativo*, parece haber consenso entre investigadores, pues el tener un menor nivel de estudios se ha asociado con la presencia de depresión en el postparto (Alfayumi et al., 2015; Connelly et al., 2013; Corrêa et al., 2016; Dmitrovic et al., 2014; Do et al. 2018; Gupta et al., 2013; Kheirabadi et al., 2009; Lara et al., 2015; Míguez, Fernández et al., 2017; Shwartz et al., 2019; Taherifard et al., 2013). Como posible explicación se

encuentra el hecho de que las desventajas socioeconómicas que a menudo acompañan al hecho de tener un menor nivel de estudios favorece la aparición sintomatología depresiva.

En cuanto a la *situación laboral*, estar en paro (Clavenna et al., 2017; Kheirabadi et al., 2009; Míguez, Fernández et al., 2017; Shwartz et al., 2019; Turkcapar et al., 2015; Yusuff et al., 2015), trabajar a tiempo parcial (Ho et al., 2013) y tener dificultdes laborales (Al Hinai y Al Hinai, 2014) han sido asociados a la depresión postparto. Dagher et al., (2009) postularon que la combinación de las exigencias laborales con un bajo poder de control sobre ellas puede tener efectos nocivos sobre la salud aumentando el riesgo de tener depresión.

De igual modo, encontrarse en una *situación económica* desfavorable (Abdollahi et al., 2014; Alfayumi et al., 2015; Dmitrovic et al., 2014; Gupta et al., 2013; Ho et al., 2013; Lara et al., 2015; Ogbo et al., 2018; Shwartz et al., 2019; Silva et al., 2012; Taherifard et al., 2013; Filha et al. 2016; Woolhouse et al., 2015) favorece la aparición de depresión postparto. Es evidente que el nivel educativo y la situación laboral y financiera están íntimamente relacionadas entre sí, siendo las variables sociodemográficas más analizadas en los estudios y en las que existe unanimidad a la hora de establecer una asociación. No obstante, Taherifard et al. (2013) hallaron que el desempleo se relacionó significativamente con una reducción del riesgo de depresión postparto en las mujeres cuyos maridos estaban empleados. Estos autores lo atribuyen al hecho de que, en Irán, el trabajo remunerado de la mujer fuera de casa no está socialmente bien visto, por tanto, el estar desempleada no tiene el significado adverso que tendría en otras culturas.

Otra de las variables más estudiadas por los investigadores es la referente a las *relaciones interpersonales*, concretamente la relación de la puérpera con su pareja y el entorno familiar más cercano. En este sentido diversos estudios han asociado con un mayor riesgo de depresión postparto el tener una relación de pareja no satisfactoria o conflictiva (Alfayumi et al., 2015; Chi et al., 2016; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Giardinelli et al., 2012; Gupta et al., 2013; Pocan et al., 2013; Serhan et al., 2013), así como no tener pareja y/o no cohabitar con ella (Clavenna et al., 2017; Connelly et al., 2013; Fiala et al., 2017; Lara et al., 2015; Silva et al., 2012; Woolhouse et al., 2015). Por un lado, el nacimiento implica una carga adicional de trabajo para padres y madres y, consecuentemente, la relación entre la pareja a menudo sufre y se reduce incluso en los momentos de tiempo libre (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011). Por otro lado, es comprensible que la percepción de falta de apoyo por parte

de la pareja pueda desencadenar estrés, ansiedad e impotencia en la mujer después del parto, lo que puede aumentar el riesgo de depresión (Chi et al., 2016).

La violencia de género tiene importantes consecuencias en todos los ámbitos de la vida de la mujer (ej., laboral, social, económico), afectando también a su salud física y mental (Corsí, 2010). En este sentido, ser víctima de violencia de género, ya sea física o psicológica, se ha asociado con mayor riesgo de depresión postparto (Connelly et al., 2013; de Castro et al., 2015; Melo et al., 2012; Ogbo et al., 2018; Shwartz et al., 2019; Turkcapar et al., 2015; Woolhouse et al., 2015).

En relación con lo anterior, las *relaciones familiares conflictivas* (Al Hinai y Al Hinai, 2014; Chi et al., 2016; Do et al., 2018; Giardinelli et al., 2012; Taherifard et al., 2013), concretamente con las madres (Melo et al., 2012) y las suegras (Gupta et al., 2013; Mohammad et al., 2011; Xiong et al., 2018) aumentan el riesgo de depresión postparto, principalmente en China y Países Árabes por cuestiones de índole cultural relacionadas con la dinámica y los roles familiares que se establecen tras el parto. La incapacidad de abordar los conflictos familiares interpersonales puede precipitar sentimientos de depresión en algunas mujeres (Mohammad et al., 2011).

Otra variable muy influenciada por cuestiones culturales es la que tiene que ver con el *sexo del recién nacido/a.* En consecuencia, los resultados hallados por las investigaciones son desiguales en función de cada país. Concretamente, tener una hija en lugares como China, Países Árabes o India (Deng et al., 2014; Gupta et al., 2013; Mohammad et al., 2011; Sheela y Venkatesh, 2016), tener un hijo en países como Grecia (Koutra et al., 2014) o simplemente no estar conforme con el sexo del/a recién nacido/a (Kheirabadi et al., 2009) se ha asociado con mayor riesgo de depresión postparto. La productividad económica con la que se relaciona a los hijos varones, percibida como superior a la de las niñas (Mohammad et al., 2011), así como la conocida preferencia por los niños sobre las niñas en China, donde persiste la idea tradicional de que sólo los varones pueden continuar con el linaje familiar, contribuye a que las madres se vean afectadas por la presión social de tener un hijo varón (Deng et al., 2014; Gupta et al., 2013).

Por último, variables como la *raza y /o etnia* (Corrêa et al., 2016; Melo et al., 2012; Filha et al., 2016), el país de origen (Connelly et al., 2013) y ser emigrante (Gaillard et al., 2014) se han asociado con mayor riesgo de depresión. En todos los casos, esta asociación se

produjo por no ser originaria, ni de la raza y/o etnia del país en cual se reside. Una posible explicación radica en que estas situaciones suelen ir asociadas a más pobreza y menor nivel educativo (Corrêa et al., 2016), así como a desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud (Filha et al., 2016).

6.3.2. Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto

En cuanto a la *paridad*, los resultados son contradictorios. Por un lado, la primiparidad se ha asociado con depresión postparto (Deng et al., 2014; Do et al., 2018; Kheirabadi et al., 2009; Woolhouse et al., 2015). Kheirabadi et al. (2009) afirma que este resultado puede deberse a la posibilidad de que las mujeres con antecedentes de depresión postparto tengan menos deseos de buscar un segundo embarazo y, por lo tanto, las mujeres con embarazos múltiples pueden representar un grupo con una vulnerabilidad relativamente más baja a la depresión.

Por otro lado, los estudios que han asociado la multiparidad con mayor riesgo de depresión (Filha et al., 2016; Gupta et al., 2013; Mathisen et al., 2013) esgrimen como posible explicación la carga añadida de cuidados y mayor estrés psicosocial que conlleva el tener más hijos a cargo (Mathisen et al., 2013).

El *embarazo no planeado*, al igual que ocurría con la depresión antenatal, es una de las variables cuya asociación con la depresión postparto ha sido más frecuentemente hallada por los investigadores (ej., Abdollahi et al., 2014; Alasoom y Koura, 2014; Alfayumi et al., 2015; Boratav et al., 2015; de Castro et al., 2015; Fiala et al., 2017; Ho et al., 2013; Kheirabadi et al., 2009; Lara et al., 2015; Mercier et al., 2013; Mohammad et al., 2011; Pocan et al., 2013; Shwartz et al., 2019; Taherifard et al., 2013; Filha et al., 2016; Turkcapar et al., 2015; Xiong et al., 2018). Un embarazo no planificado o no deseado, podría ser desencadenante de depresión, debido a la carga emocional que conlleva (Koutra et al., 2013).

El *tipo de parto* es una de las variables más estudiadas por los investigadores en relación con la depresión. En este sentido, aunque hay resultados contradictorios, el parto instrumental (Ogbo et al., 2018; Pop et al., 2015) o por cesárea (Clavenna et al., 2017; Deng et al., 2014; El-Hachem et al., 2014; Koutra et al., 2014; Mathisen et al., 2013; Ogbo et al., 2018; Taherifard et al., 2013; Vilouta et al., 2006) es el que se ha asociado con mayor frecuencia a depresión postparto. Algunos autores relacionan este hecho con la frustración de la mujer por no poder concluir por via natural su gestación (Vilouta et al., 2006). Además, la

cesárea, en ocasiones esta asociada a una situación de emergencia en la que la mujer puede sentir una pérdida de control de la situación (Mathisen et al., 2013).

En el lado opuesto, tener un parto vaginal también ha sido asociado en algunos países con mayor riesgo de depresión postparto (Cantilino et al., 2010; Kumwar et al., 2015). En Brasil, por ejemplo (Cantilino et al., 2010), algunas mujeres informan que se sienten mal atendidas por los profesionales, que tienen trabajos de parto lentos y dolor intenso, así como temor por la muerte del bebé. Es posible que el actual modelo de salud no ofrezca una asistencia adecuada a las mujeres durante el trabajo de parto y que esto las haga experimentar este momento como una situación de estrés, inseguridad y miedo.

La presencia de *complicaciones en el embarazo, parto y postparto* (Cantilino et al., 2010; Clavenna et al., 2017; Dmitrovic et al., 2014; Do et al., 2018; Gaillard et al. 2014; Giri et al., 2015; Koutra et al., 2013; Kumwar et al., 2015; Mathisen et al., 2013) y/o la percepción de haberlas tenido se ha asociado con la depresión postparto (El-Hachem et al., 2014). Una posible explicación es que estos sucesos suponen eventos vitales estresantes y una carga psicológica para las mujeres con efectos notables que favorecen la aparición de sintomatología depresiva (Dmitrovic et al., 2014; Do et al., 2018; Giri et al., 2015).

El *no amamantar* (Borra et al., 2015; Mathisen et al., 2013; Pocan et al., 2013) o el retraso en el inicio de la lactancia materna (Sheela y Venkatesh, 2016) también se ha asociado con mayor riesgo de depresión postparto. Las causas subyacentes no están muy claras. Para algunos investigadores las alteraciones hormonales que se producen con el cese de la lactancia podrían exacerbar una sintomatología depresiva (Pocan et al., 2013). Por otro lado, la lactancia materna juega un papel primordial en el establecimiento del vínculo, así como en el desarrollo físico y emocional del niño. En los casos en los que la lactancia materna es difícil de mantener, la salud física y emocional tanto de la madre como del recién nacido/a puede verse afectada negativamente (Pocan et al., 2013). Al igual que el no poder amamantar puede suponer el no cumplir con las propias expectativas antenatales (Sheela y Venkatesh, 2016) y afectar también negativamente al estado emocional de la madre.

Por otro lado, la *insatisfacción* con la atención recibida por parte de los profesionales durante el embarazo y el parto son variables que se han asociado a la depresión postparto (Corrêa et al., 2016; Filha et al., 2016; Mohammad et al., 2011). Las mujeres informan de falta de información y de apoyo durante el trabajo de parto, así como de falta de atención

emocional. Los altos niveles de intervención obstétrica y la experiencia de una atención inadecuada pueden agravar la sensación de miedo de las mujeres, favoreciendo la aparición de sintomatología depresiva (Mohammad et al., 2011).

La *enfermedad del/a recién nacido/a* (Alfayumi et al., 2015; Kumwar et al., 2015; Vaezi et al., 2019) y/o la necesidad de ingreso en una unidad de cuidados intensivos neonatales también se ha asociado con mayor riesgo de depresión postparto (El-Hachem et al., 2014; Vilouta et al., 2006). Kumwar et al. (2015) hacen referencia a la carga psicológica adicional que supone para las madres cuidar de un niño enfermo como posible asociación con la depresión postparto.

6.3.3. Variables relacionadas con la salud

Algunos estudios se han interesado por variables relacionadas con la salud como el consumo de tabaco y la ganacia de peso en el periodo perinatal, como posibles factores de riesgo de la depresión postparto. El consumo de tabaco, concretamente la recaída en el postparto se ha asociado con la presencia de estados emocionales negativos (Correa-Fernández et al., 2012; Lauria, Lamberti, y Grandolfo, 2012; Park et al., 2009). En concreto, presentar síntomas depresivos predispone a la recaída, pues quienes los sufren suelen fumar para mejorar su estado de ánimo debido a la acción antidepresiva de la nicotina (De Wilde et al., 2013).

Con respecto a la ganancia de peso, algunos estudios han hallado que el sobrepeso y/o la obesidad previa al embarazo aumenta el riesgo de depresión postparto (Carter, Baker, y Brownell, 2000; Ertel et al., 2017; La-Coursiere, Baksh, Bloebaum, y Varner, 2006; Lacoursiere, Barrett-Connor, O'Hara, Hutton, y Varner, 2010), pues los cambios de peso perinatales pueden tener diferentes efectos en el estado de ánimo dependiendo del peso antes del embarazo (Ertel et al., 2017). Concretamente, Ertel et al. (2017) hallaron una asociación prospectiva entre la obesidad pre-embarazo y la presencia de sintomatología depresiva a los 6 meses posparto. Esta asociación se explicaría por el hecho de que la obesidad materna antes del embarazo, junto con el rápido aumento de peso durante el mismo o la excesiva retención de peso en el postparto, puede exacerbar los trastornos del estado de ánimo a través de los efectos negativos en la imagen corporal y la autoestima (Cameron et al., 1996; Silveira, Ertel, Dole, y Chasan-Taber, 2015).

6.3.4. Variables psicológicas

A continuación, se comentan las variables psicológicas que los estudios publicados en los últimos años han asociado con mayor frecuencia a la depresión postparto.

6.3.4.1. Antecedentes de depresión

Los antecedentes personales y familiares de trastornos psicopatológicos en general y de depresión en particular se han asociado con mayor riesgo de depresión postparto. En lo referente a la *historia previa* de trastornos y concretamente de depresión, su asociación con la depresión postparto ha sido ampliamente documentada (ej., Alasoom y Koura, 2014; Alfayumi et al., 2015; Boratav et al., 2016; Cantilino et al., 2010; Chi et al., 2016; de Castro et al., 2015; El-Hachem et al., 2014; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Fiala et al., 2017; Giardinelli et al., 2012; Gupta et al., 2013; Kheirabadi et al., 2009; Kheirabadi y Maracy, 2010; Marques et al., 2011; Pop et al., 2015; Sebastián Romero et al., 1999; Silva et al., 2012; Filha, et al., 2016; Turkcapar et al., 2015; Vaezi et al., 2019; Verreault et al., 2014). En un metaanális de Beck (1996) se halla que las mujeres con antecedentes personales de depresión tienen un riesgo un 30,0% mayor de desarrollar depresión postparto. Fiala et al. (2017) encontraron un riesgo aumentado del 280,0%. Si bien los autores de los estudios que hallaron dicha asociación no aportan explicaciones, Vesga-López et al. (2008) afirmaron que una de las razones podría ser la interrupción del tratamiento para la depresión por parte de la madre al comienzo del embarazo por temor a un posible riesgo teratogénico para el feto. No obstante, esta afirmación no tendría valor en aquellas mujeres cuyos episodios depresivos hayan ocurrido y se hayan resuelto con anterioridad al embarazo.

El haber padecido *depresión durante el embarazo*, también ha sido asociada en varios estudios con la depresión postparto (ej., Abdollahi, Sazlina et al., 2014; Abdollahi, Zarghami et al., 2014; Boratav et al., 2015; Dmitrovic et al., 2013; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Gaillard et al., 2014; Kheirabadi y Maracy, 2010; Koutra et al., 2014; Míguez, Fernández et al., 2017; Mohammad et al., 2011; Ogbo et al., 2018; Verreault et al., 2014; Woolhouse et al., 2015). Concretamente, la depresión durante el embarazo es el principal factor de riesgo de la depresión postparto (ej., Míguez, Fernández et al., 2017; Norhayati et al. 2015). Cabe destacar, tal y como algunos investigadores advierten, que más de la mitad de las mujeres que presentan depresión postparto no son casos nuevos, sino estados depresivos que se arrastran

desde el embarazo que no han sido detectados y que, en consecuencia, no recibieron el tratamiento que precisaban (Kheirabadi y Maracy, 2010; Míguez, Fernández et al., 2017; Verreault, 2014). En el estudio de Kheirabadi y Maracy (2010), cerca del 50,0% de las mujeres con depresión durante el embarazo también tuvieron depresión postparto. Sin embargo, el otro 50,0% se recuperó de la depresión, lo cual, según los autores, muestra la naturaleza incierta de la relación entre la depresión prenatal y postnatal. Igualmente, Verreault et al. (2014) destacan que más de la mitad de las mujeres con síntomas depresivos elevados después del parto también los presentaban durante el embarazo, sin embargo, para un subgrupo de mujeres los síntomas sólo se intensifican después del parto. Por tanto, subrayan la importancia de la detección sistemática de la depresión tanto durante el embarazo como en el período postparto. Para Abdollahi, Sazlina et al. (2014) la depresión en el primer y segundo trimestre de embarazo fue la que se asoció con mayor riesgo de depresión postparto. Sin embargo, Boratav et al. (2015) hallaron que fue el tercer trimestre el que se asoció con mayor riesgo.

Por otro lado, el haber tenido depresión postparto en anteriores embarazos también es un factor de riesgo para padecerla en futuras gestaciones (Abdollahi, Sazlina et al., 2014; Turkcapar et al., 2015).

Así mismo, los antecedentes familiares de trastornos psicopatológicos y/o depresión se han asociado a mayor riesgo de depresión postparto en diversos estudios (ej., Abdollahi, Sazlina, et al., 2014; Cantilino et al., 2010; El-Hachem et al., 2014; Fiala et al., 2017; Gupta et al., 2013; Sebastián Romero et al., 1999; Sheela y Venkatesh, 2015; Silva et al., 2012). Investigaciones con familias han demostrado la existencia de un componente genético, el cual contribuiría a un mayor riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo, tales como depresión en el postparto (Corwin, Kohen, Jarrett, y Stafford, 2010).

6.3.4.2. Ansiedad

La ansiedad es uno de los trastornos más prevalentes en el periodo perinatal y presenta una comorbilidad frecuente con la depresión (Falah-Hassani et al., 2016). Varios estudios han hallado que la ansiedad durante el embarazo es un factor de riesgo para la depresión postparto (Abdollahi, Sazlina et al., 2014; Clavenna et al., 2017; Giardinelli et al., 2012; Koutra et al., 2014; Míguez, Fernández et al., 2017; Serhan et al., 2013). En el estudio de Koutra et al.

(2014) concluyen que las mujeres que tienen ansiedad rasgo en el último trimestre de gestación tienen más dificultades para adaptarse al nuevo rol y menos confianza para satisfacer las exigencias de la maternidad. Esta vulnerabilidad podría favorecer el desarrollo de un trastorno depresivo.

Así mismo, en el postparto se ha establecido una fuerte relación entre la ansiedad y la depresión (Correia y Linhares, 2007). Del 25,0% al 50,0% de las mujeres con algún trastorno de ansiedad también muestran síntomas de depresión dos meses después del parto (Wenzel, Haugen, Jackson, y Brendle, 2005). Igualmente, dos de cada tres mujeres que sufren de depresión durante los primeros 7 meses postparto tienen también un trastorno de ansiedad comórbido (Grant, McMahon, y Austin, 2008).

6.3.4.3. Estrés

Algunos estudios han hallado que el estrés (Giri et al., 2015; Mohammad et al., 2011; Shwartz et al., 2019; Taherifard et al., 2013) y los eventos vitales estresantes (Alasoom y Koura, 2016; Alfayumi et al., 2015; Escriba-Aguir et al., 2011; Fiala et al., 2017; Gupta et al., 2013; Verreault et al., 2014; Woolhouse et al., 2014) se han asociado a un mayor riesgo de depresión postparto. No obstante, la consideración de los distintos autores con respecto a lo que es un evento estresante o una situación de estrés es variable. Tal es así que el *baby blues*, la preocupación obsesiva por la limpieza y la percepción de tener un/a recién nacido/a que está llorando excesivamente fueron considerados por Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas y Christodoulou (2008) como eventos estresantes. Por otro lado, Alfayumi et al., (2015) hallaron que las mujeres con mayor número de eventos estresantes acaecidos en el año anterior al embarazo y parto tuvieron mayor riesgo de depresión postparto. Concretamente, la mitad de las mujeres que informaron haber tenido eventos de este tipo (ej., muerte y/o enfermedad de un familiar, divorcio, pérdida del trabajo, accidente) tuvieron depresión postparto y una tercera parte obtuvieron puntuaciones en la EPDS ≥ 13. Fiala et al., (2017) identificaron como factores psicosociales estresantes la enfermedad o muerte de un familiar cercano, la violencia de género y los problemas laborales y/o económicos. Aquellas mujeres que informaron un factor de impacto elevado de estos eventos tuvieron mayor riesgo de desarrollar depresión postparto. En la misma línea, Woolhouse et al., (2015) consideraron como eventos estresantes mudarse de casa, separarse o divorciarse, casarse, la enfermedad o

muerte de un amigo o familar cercano, así como problemas financieros, legales o conflictos graves entre los miembros de la familia.

Por otro lado, algunos autores destacan la importancia del estrés crónico para el desarrollo de la depresión postparto. Shwartz et al. (2019) hallaron que las mujeres que informaron tener niveles elevados de estrés crónico fueron cinco veces más propensas a desarrollar depresión postparto que las que informaron niveles bajos. Así mismo, Gauthreaux et al., (2017) encontraron un efecto dosis-respuesta del número de factores estresantes en la depresión postparto: mientras más eventos de estrés hayan experimentado las mujeres, más alto será el efecto de la dosis-respuesta.

Con respecto al estrés percibido en el postparto, se estima que entre el 12,0% y el 44,0% de las mujeres informan de altos niveles de estrés percibido (Burns, Farr, y Howards, 2015; Kingston, Heaman, Fell, Dzakpasu, y Chalmers, 2012). A pesar de ser menos estudiado que la depresión (Dipietro, Costigan, y Sipsma, 2008), es sabido que ambas entidades mantienen una fuerte relación (Norhayati et al., 2015). Si bien estrés percibido y eventos vitales estresantes son conceptos usados indistintamente en la mayoría de los estudios.

6.3.4.4. Apoyo social

El apoyo social es un concepto multidimensional. Las fuentes de apoyo pueden ser la pareja, los familiares y los amigos (Alasoom y Koura, 2014). La percepción de falta de apoyo social en general, tanto en el embarazo como en el postparto se ha asociado con mayor riesgo de depresión postparto (Alfayumi et al., 2015; Boratav et al., 2015; de Castro et al., 2015; Kim et al., 2014; Melo et al., 2012; Mohammad et al., 2011; Pocan et al., 2013; Serhan et al., 2013; Shwartz et al., 2019; Taherifard et al., 2013; Vaezi et al., 2019; Verreault et al., 2014; Xie et al., 2009; Xiong et al., 2018). Concretamente, la baja percepción de apoyo social en el postparto parece predecir mejor la depresión que la baja percepción de apoyo social antenatal, pues la depresión es más sensible a los cambios en el apoyo social en el postparto que durante el embarazo (Xie et al., 2009).

En particular, la falta de apoyo por parte de la pareja (Alasoom y Koura, 2014; Alfayumi et al., 2015; Boratav et al., 2015; Ogbo et al., 2018), también se ha asociado con mayor riesgo de depresión postparto. Además, tener apoyo de la pareja tendría un mayor

efecto protector frente a la depresión postparto en comparación con el apoyo de la familia (Alasoom y Koura, 2014).

Algunas prácticas culturales como el "doing the month" (hacer el mes o confinamiento postparto) muy frecuentes en los países asiáticos, se consideran factores de protección frente a la depresión postparto. Durante este tiempo, las mujeres reciben apoyo de los miembros de la familia, incluidos el marido, la madre y la suegra, en relación con el cuidado de los niños, las dietas prescritas y otras tareas domésticas (Xiong et al., 2018).

Recibir apoyo social durante los momentos de estrés puede ser un factor de protección frente al inicio de una depresión (Inandi et al., 2002). El apoyo social modera el estrés del embarazo, el parto y otros acontecimientos estresantes de la vida (Kim et al., 2014; Morikawa et al., 2015; Moshki y Cheravi, 2016) y aumenta la autoeficacia materna (Haslam, Pakenham, y Smith, 2006), es decir, la creencia en la propia capacidad como madre. Se cree que el apoyo social continuo actúa como un amortiguador contra el impacto de complicaciones potencialmente traumáticas (Ford y Ayers, 2011). Por tanto, la disponibilidad de dicho apoyo social puede facilitar el proceso de adaptación a la maternidad (Pocan et al., 2013).

6.3.4.5. Síndrome premenstrual/Trastorno disfórico premenstrual

Diferentes estudios han establecido un vínculo claro entre el Síndrome premenstrual (SP)/trastorno disfórico premenstrual (TDP) y la depresión postparto (Amiel-Castro, Pataky y Ehlert, 2019). Concretamente, tener antecedentes de Síndrome Premenstrual/Trastorno disfórico premenstrual ha sido asociado con mayor riesgo de depresión postparto (Lee et al., 2015; Maliszewska et al. 2017; Sylven et al., 2013; Turkcapar et al., 2015). El factor causal de esta relación se atribuye a la fluctuación de las hormonas sexuales que se producen en los eventos reproductivos femeninos (menstruación, embarazo y postparto), pues podrían influir en las vías neuroquímicas relacionadas con la depresión (Buttner et al., 2013; Lee et al., 2015; Sylven et al., 2013). Además, tales fluctuaciones son comunes en ambos trastornos (SP/TDP) y muestra la importancia de los síntomas emocionales y físicos específicos de las etapas del ciclo reproductivo de la mujer (Maliszewska, Bidzan, et al., 2017).

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Kheirabadi et al. (2009) Irán	- Nivel educativo bajo* - Desempleo* - Edad < 25 años* - Sexo del recién nacido/a no deseado*	- Embarazo no planeado* - Primiparidad	- Historia previa de depresión*
Cantilino et al. (2010) Brasil		- Abortos previos* - Complicación durante el embarazo - Parto vaginal*	- Historia previa de trastornos psiquiátricos* - Historia familiar de trastornos psiquiátricos*
Kheirabadi y Maracy (2010) Irán			- Historia previa de depresión* - Depresión durante el embarazo*
Xie et al. (2010) China			- Bajo apoyo social antenatal y postnatal*
Marques et al. (2011) Portugal			- Historia previa de depresión* - Insomnio* - Afecto negativo*
Mohammad et al. (2011) Jordania	- Relación no satisfactoria con la suegra - Sexo del recién nacido femenino - Percepción de que los conocimientos sobre la crianza de los hijos son bajos	- Embarazo no planeado - Insatisfacción con la atención en el parto - Sentirse presionada para dar a luz	- Depresión durante el embarazo - Estrés durante el embarazo - Bajo apoyo social
Giardinelli et al. (2012) Italia	- Relación conflictiva con la pareja* - Relación conflictiva con la familia*	- Uso de técnicas de reproducción asistida*	- Historia previa de trastornos psiquiátricos* - Historia previa de trastornos del estado de ánimo* - Ansiedad durante el embarazo*
Melo et al. (2012) Brasil	- No ser de raza blanca* - Relación conflictiva con la madre*	- Beber alcohol durante el embarazo*	- Violencia psicológica y/o física* - Falta de apoyo social*
Serhan et al. (2012) Turquía	- Relación conflictiva con la pareja	- Incapacidad como madre	- Ansiedad* - Bajo apoyo social en el postparto
Silva et al. (2012) Brasil	- Nivel socioeconómico bajo* - No cohabitar con la pareja*	- Fumar durante el embarazo*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos* - Historia familiar de trastornos psiquiátricos*
Sylven et al. (2012) Suecia			- Historia previa de Síndrome Premenstrual/Disfórico*
Connelly et al. (2013) USA	- No ser latina y/o hispania - Haber nacido fuera de U.S.A - Ausencia de pareja* - Nivel educativo bajo	- Beber alcohol* - Fumar* -Consumir drogas*	- Ser víctima de violencia de género*
Dmitrovic et al. (2013) Serbia	- Nivel educativo bajo - Satisfacción baja con la situación financiera	- Embarazo de alto riesgo*	- Depresión durante el embarazo*

*Variables asociadas a la depresión postparto
**Variables predictoras de la depresión postparto

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto (Cont.).

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Gupta et al. (2013) India	- Nivel educativo bajo* - Nivel socioeconómico bajo* - Presión social por tener un hijo varón* - Relación no satisfactoria con la suegra* - Relación conflictiva con la pareja*	- Multiparidad (> 2 hijos)* - Tener más hijas*	- Eventos vitales negativos* - Historia previa de trastornos psiquiatricos* - Historia familiar de trastornos psiquiátricos*
Ho et al. (2013) Taiwan	- Nivel socioeconómico bajo - Trabajo a tiempo parcial	- Embarazo no planeado	
Mathisen et al. (2013) Argentina		- Multiparidad* - Complicaciones en el embarazo* - Complicaciones en el parto* - Parto por cesárea* - No lactancia materna*	
Mercier et al. (2013) USA		- Embarazo no planeado*	
Poçan et al. (2013) Turquía	- Relación no satisfactoria con la pareja*	- Embarazo no planeado - Lactancia artificial*	- Falta de satisfacción de la madre con el patrón de sueño del recién nacido/a - Bajo apoyo social en el postparto* - Violencia de género
Taherifard et al. (2013) Irán	- Nivel socioeconómico bajo* - Nivel educativo bajo* - Trabajar* - Relación familiar no satisfactoria*	- Embarazo no planeado* - Parto por cesárea*	- Bajo apoyo social en el embarazo*
Abdollahi, Sazlina et al. (2014) Irán	- Edad ≤ 24*		- Depresión en el embarazo* - Ansiedad en el embarazo* - Historia familiar de depresión* - Antecedentes de depresión postparto*
Abdollahi, Zarghami et al. (2014) Irán	- Nivel socioeconómico bajo* - Menor edad*	- Embarazo no planeado* - Diabetes gestacional* - Infección urinaria recurrente*	- Depresión en el embarazo* - Trastorno psiquiátrico durante el embarazo* - No sentirse competente como madre
Al Hinai et al. (2014) Omán	- Edad < 25 años* - Dificultades laborales* - Conflictos familiares*	- Enfermedad de un familiar*	
Deng et al. (2014) China	- Sexo del recién nacido femenino	- Primiparidad* - Parto por cesárea	

*Variables asociadas a la depresión postparto
**Variables predictoras de la depresión postparto

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto (Cont.).

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
El-Hachem et al. (2014) Líbano		- Percepción de embarazo complicado - Percepción de parto complicado - Parto por cesárea - Ingreso del recién nacido/a en neonatos - Ingreso de la madre en la UCI - Problema médico crónico de la madre	- Historia familiar de depresión - Historia previa de depresión*
Gaillard et al. (2014) Francia	- Ser emigrante*	- Complicaciones físicas en el postparto*	- Depresión en el embarazo* - Antecedentes de abuso físico*
Kim et al. (2014) Canadá			- Bajo apoyo social en el postparto*
Koutra et al. (2014) Grecia	- Sexo del recién nacido masculino	- Parto por cesárea	- Ansiedad rasgo en el embarazo* - Depresión en el embarazo*
Verreault et al. (2014) Canadá		- Parto complicado con respecto a las expectativas previas*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos* - Antecedentes de abuso sexual - Eventos vitales estresantes - Depresión durante el embarazo* - Bajo apoyo social en el embarazo*
Woolhouse et al. (2014) Australia	- Edad entre 18-24 años - Ausencia de pareja - Nivel socioeconómico bajo	- Primiparidad*	- Depresión durante el embarazo* - Violencia de género* - Eventos vitales estresantes*
Alfayumi et al. (2015) Israel	- Nivel educativo bajo* - Relación no satisfactoria con la pareja* - Nivel socioeconómico bajo*	- Embarazo no planeado* - Recién nacido/a enfermo*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos* - Falta de apoyo del marido* - Bajo apoyo social en el postparto* - Eventos vitales estresantes
Boratav et al. (2015) Turquía		- Embarazo no planeado*	- Historia previa de depresión* - Depresión durante el embarazo* - Bajo apoyo social en el embarazo* - Falta de apoyo del marido*
Borra et al. (2015) UK		- No tener intención de dar el pecho durante el embarazo* - No amamantar*	

*Variables asociadas a la depresión postparto
**Variables predictoras de la depresión postparto

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto (Cont.).

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
De Castro et al. (2015) Mexico		- Embarazo no planeado*	- Historia previa de depresión* - Bajo apoyo social en el embarazo* - Violencia de género
Giri et al. (2015) Nepal	- Edad > 29*	- Problemas de salud relacionados con el embarazo*	- Estrés percibido en el embarazo*
Kunwar et al. (2015) Nepal		- Complicaciones en el embarazo - Problemas de salud en el recién nacido/a - Parto vaginal	
Lara et al. (2015) Mexico	- Edad < 28 años* - Nivel educativo bajo* - Nivel socioeconómico bajo* - Ausencia de pareja*	- Embarazo no planeado*	
Lee et al. (2015) Corea	- Relación no satisfactoria con la pareja	- Fumar	- Historia previa de trastornos psiquiatricos - Síndrome premenstrual
Pop et al. (2015) Noruega		- Parto instrumental*	- Historia previa de depresión*
Sheela et al. (2015) India	- Género del recién nacido/a *	- Retraso en el inicio de la lactancia materna*	- Historia familiar de trastornos psiquiátricos* - Violencia de género*
Turkcapar et al. (2015) Turquía	- Desempleo	- Embarazo no planeado*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos* - Antecedentes de depresión postparto - Pensamientos suicidas en el embarazo* - Violencia de género en embarazo y postparto* - Síndrome Premenstrual*
Yusuff et al. (2015) Malaysia	- Desempleo*		- Depresión durante el embarazo* - Preocupaciones persistetes sobre el recién nacido/a*
Alasoom y Koura (2016) Arabia Saudí		- Embarazo no planeado*	- Historia previa de depresión* - Eventos vitales estresantes* - Falta de apoyo del marido*
Chi et al. (2016) China	- Relación no satisfactoria con la pareja* - Conflictos familiares*	- Poca preparación para la maternidad*	- Historia previa de depresión* - Estilo de apego ansioso*

*Variables asociadas a la depresión postparto
**Variables predictoras de la depresión postparto

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto (Cont.).

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Correa et al. (2016) Brasil	- Nivel educativo bajo* - Etnia negra*	- Pocas visitas prenatales* - Insatisfacción con los cuidados prenatales*	
Filha et al. (2016) Brasil	- Nivel socioeconómico bajo*	- Multiparidad* - Embarazo no planeado* - Fumar durante el embarazo* - Beber alcohol durante el embarazo* - Mala atención durante el parto* - Cuidado deficiente del recién nacido/a*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos*
Clavenna et al. (2017) Italia	- Edad ≥ 25 años* - Desempleo* - Ausencia de pareja*	- Complicaciones durante el embarazo* - Complicaciones durante el parto* - Parto por cesárea*	- Ansiedad durante el embarazo* - Alteraciones del estado de ánimo durante el embarazo*
Fiala et al. (2017) República Checa	- Ausencia de pareja*	- Embarazo no planeado*	- Historia familiar de depresión* - Historia previa de depresión* - Eventos vitales estresantes*
Maliszewska et al. (2017) Polonia		- Lactancia artificial*	- Historia previa de trastornos psiquiatricos* - Historia previa de depresión postparto* - Síndrome premenstrual*
Do et al. (2018) Vietnam	- Nivel educativo bajo* - Insatisfacción con la vida familiar*	- Primiparidad* - Complicaciones durante el embarazo*	- Limitada interacción y comunicación con otros*
Ogbo et al. (2018) Australia	- Edad > 35 años* - Nivel socioeconómico bajo*	- Complicaciones durante el embarazo* - Parto instrumental o por cesárea*	- Depresión durante el embarazo* - Falta de apoyo del marido* - Violencia de género*
Sahin et al. (2018) Turquía	- Menor edad - Menor tiempo de casada		
Shwartz et al. (2018) Israel	- Ser árabe - Nivel educativo bajo* - Nivel socioeconómico bajo*	- Embarazo no planeado*	- Estrés crónico - Bajo apoyo social en el postparto* - Violencia de género*
Xiong et al. (2018)	- Relación conflictiva con la suegra*	- Embarazo no planeado* - Primiparidad*	- Bajo apoyo familiar*
Vaezi et al. (2019)		- Ingesta de medicación durante el embarazo* - Enfermedad del recién nacido/a*	- Historia previa de depresión* - Bajo apoyo social*

*Variables asociadas a la depresión postparto
**Variables predictoras de la depresión postparto

Tabla 13. Variables asociadas a la depresión postparto (Cont.).

ESTUDIO	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO Y EL PARTO	VARIABLES PSICOLÓGICAS
Afshari et al. (2019)		- Embarazo no planeado - Hospitalización del recién nacido/a - Malformaciones congénitas*	- Historia previa de depresión* - Historia previa de depresión postparto* - Eventos estresantes en el embarazo* - Violencia de género en el embarazo
Fan et al. (2020)	- Edad > 35 años	- Multíparidad (> 4)	
Sebastián-Romero et al. (1999)			- Historia previa de trastornos psiquiátricos* - Historia familiar de trastornos psiquiátricos*
Vilouta et al. (2006)	- Edad ≥ 35 años**	- Paridad - Embarazo de riesgo - Anemia - Parto postérmino* - Parto por cesárea** - Neonato en UCI*	
Escriba-Aguir et al. (2010)	- Situación laboral - Relación de pareja no satisfactoria*	- Paridad	- Historia previa de depresión* - Depresión durante el embarazo** - Depresión en la pareja** - Eventos vitales negativos** - Apoyo social
Míguez, Fernández et al. (2017)	- Edad < 30 - No tener pareja - Nivel educativo bajo* - Nivel socioeconómico bajo - Desempleo* - Influencia del embarazo en la situación laboral	- Embarazo no planeado - Complicaciones durante el embarazo - Paridad - Tipo de parto - Complicaciones en el parto	- Depresión durante el embarazo** - Ansiedad durante el embarazo*
Marín-Morales et al. (2014)	- Edad - Nivel educativo - Situación laboral	- Embarazo no planeado - Paridad - Tipo de parto - Apgar	- Depresión a las 24 horas postparto**

*Variables asociadas a la depresión postparto

**Variables predictoras de la depresión postparto

7. OBJETIVOS DEL ESTUDIO, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

7.1. OBJETIVOS

El objetivo principal de la presente investigación es determinar la prevalencia de la depresión durante el embarazo y el postparto y conocer las variables asociadas a la misma en una muestra de mujeres gallegas.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

1. Validar la EPDS como instrumento de cribado de la depresión en el embarazo. Proponer un punto de corte específico por trimestre y uno general para todo el embarazo.
2. Evaluar la prevalencia de la sospecha de depresión durante el embarazo con la escala EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación.
3. Evaluar la prevalencia de la depresión mayor durante el embarazo con la entrevista clínica estructurada SCID en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación.
4. Identificar las variables asociadas a la depresión durante el embarazo según la EPDS y la SCID (sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, relacionadas con la salud y psicológicas).
5. Evaluar la prevalencia de la sospecha de depresión en el postparto con la escala EPDS a los 2 meses, a los 6 meses y a los 12 meses.
6. Evaluar la prevalencia de la depresión mayor en el postparto con la entrevista clínica SCID a los 2 meses, a los 6 meses y a los 12 meses.
7. Identificar las variables asociadas a la depresión postparto según la EPDS y la SCID (sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y/o el parto, relacionadas con la salud y psicológicas).
8. Analizar la trayectoria de la depresión durante el embarazo y el postparto.
9. Evaluar la prevalencia y las variables asociadas a la depresión contínua durante el embarazo y postparto.

7.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Tal y como hemos visto, la depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes y uno de los más incapacitantes (Paykel, Brugha, y Fryers, 2005) que afecta a las mujeres en doble proporción que a los hombres (Patten, 2009). Dos momentos de la vida de la mujer en los que aumenta la vulnerabilidad a la depresión son el embarazo y el período postparto (Kamysheva et al. 2010), puesto que el nacimiento de un hijo/a es un evento vital asociado a numerosos cambios biológicos, hormonales, psicológicos, familiares y sociales. La importancia de la detección de este trastorno radica en que repercute no sólo sobre la mujer que lo padece, sino que su impacto se extiende a los/as hijos/as afectando a su desarrollo (Kingston et al. 2012; Pedrós - Roselló, Tomás - Pérez, Leal - Cercós y Aguilar- García-Iturrospe, 2002), así como a sus familias, contribuyendo al deterioro de las relaciones conyugales y familiares (Burke, 2003).

Por todo ello, resulta de gran importancia tener conocimiento de cuáles son los datos de prevalencia de la depresión desde el inicio del embarazo para dar a conocer la magnitud real del problema. Esto permitiría articular medidas de prevención e intervención adecuadas en caso de ser necesario. A este respecto, cabe destacar que la disponibilidad de estudios en nuestro país es escasa.

En España, fundamentalmente lo que se ha estudiado es la depresión postparto. Los pocos estudios realizados hasta la fecha con el fin de conocer la prevalencia de la depresión durante el embarazo presentan ciertas limitaciones. En primer lugar, todos los trabajos han basado sus resultados y conclusiones en datos obtenidos de instrumentos de autoinforme como la EPDS (Carrascón et al. 2006; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Míguez, Fernández et al., 2017), el PHQ-9/2 (Rodriguez-Muñoz, Castelao-Legazpi et al., 2017; Rodriguez-Muñoz, Le et al., 2017) y la CES-D (Perales et al., 2015). Las tasas de depresión en el embarazo obtenidas con cuestionarios de autoinforme son significativamente superiores a las obtenidas con entrevistas clínicas diagnósticas como la SCID (Bennett et al. 2004; Gaynes et al., 2005; Giardinelli et al., 2012; Lara et al., 2015), pues su función es de cribado y no diagnóstica. En segundo lugar, las evaluaciones llevadas a cabo durante el embarazo o bien se han limitado a un único trimestre, concretamente al primero (González-Mesa et al., 2018; Rodriguez-Muñoz, Castelao-Legazpi et al., 2017; Rodriguez-Muñoz, Le et al., 2017), al tercero (Carrascón et al. 2006; Escribà-Agüir, y Artazcoz, 2011), a ambos (Perales et al. 2015), o bien han aportado

datos transversales de todo el embarazo (Míguez, Fernández et al. 2017). Por tanto, se puede estar ofreciendo una visión parcial de la situación real, puesto que la prevalencia de la depresión puede variar a lo largo del embarazo (Felice et al., 2006). Por ello, a través de la presente investigación se trata de solventar estas deficiencias llevando a cabo un estudio longitudinal con seis momentos de evaluación, tres durante el embarazo, en el primer, segundo y tercer trimestre y otras tres evaluaciones en el postparto, a los 2 meses, a los 6 meses y a los 12 meses del parto. Además, en todos los momentos de evaluación, junto con la EPDS se realizará la entrevista SCID.

La importancia de los cuatro primeros objetivos planteados, con los cuales se pretende establecer un posible punto de corte para la EPDS durante el embarazo, determinar la prevalencia de la depresión durante el mismo con la EPDS y la entrevista SCID e identificar las variables asociadas a la depresión evaluada con ambos instrumentos, se justifica por cuatro motivos principalmente.

En primer lugar, aunque la escala EPDS ha sido creada para ser utilizada en el postparto, es universalmente empleada para evaluar la sintomatología depresiva también durante el embarazo. Teniendo en cuenta que en nuestro país sólo disponemos de la validación realizada por Garcia-Esteve et al. (2003) para su uso en el postparto, se hace necesario analizar el comportamiento de la EPDS durante el embarazo para poder establecer un posible punto de corte que podría no ser el mismo que durante el postparto, pues en otros países en los que se ha llevado a acabo la validación en ambos periodos (ej., Adouard et al., 2005; Alvarado et al., 2015; Felice et al., 2006; Stewart et al., 2013; Töreki et al., 2013), los puntos de corte son diferentes.

En segundo lugar, como ya se ha comentado, por la escasez de estudios al respecto en nuestro país y más concretamente en nuestra comunidad. De hecho, a día de hoy, no hay datos de prevalencia de la depresión en cada trimestre del embarazo que permitan conocer el alcance real de este trastorno, lo cual justificaría el implementar programas y/o protocolos de prevención y actuación específicos. Además, entre los estudios realizados fuera de España que ofrecen datos de prevalencia de la depresión durante el embarazo (ej., Eastwood et al. 2017; Padmapriya et al., 2016; Redinger et al. 2018; Waldie et al., 2015; Yu et al., 2017), es infrecuente utilizar una entrevista clínica y en la mayoría de las investigaciones, tanto las

prevalencias como los factores asociados se establecen para los datos obtenidos con los instrumentos de cribado.

Por otra parte, los únicos estudios publicados hasta la fecha que aportan datos de los tres trimestres de embarazo con cuestionarios de autoinforme se han llevado a cabo en culturas muy diferentes a la nuestra como es China (Weng et al., 2016; Yu et al., 2017), India (Ajinkya et al., 2013) y Turquía (Yanikkerem et al., 2013). Con entrevista clínica solo se ha encontrado el estudio de Banti et al. (2011) en Italia.

Así mismo, es importante poder identificar las variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva y/o depresión ya desde el inico del embarazo, pues permitiría ofrecer una ayuda más eficiente de acuerdo con las necesidades reales de las futuras madres, mejorando su autopercepción de bienestar. Así mismo, se evitaría que este estado depresivo se prolongase al postparto con las consecuencias que ello conllevaría.

Del quinto al octavo objetivos, se pretende determinar la prevalencia de la depresión postparto con la EPDS y la entrevista SCID e identificar las variables asociadas, así como la trayectoria de la depresión en el periodo perinatal. Su importancia viene dada entre otros, por uno de los motivos argumentados en líneas anteriores, la escasez de estudios realizados en nuestro país. Cabe destacar a este respecto la única investigación que aporta datos de prevalencia de la depresión postparto con gestantes gallegas (Míguez, Fernández et al., 2017). En dicho trabajo, se evaluó a 99 mujeres a las 6-8 semanas postparto mediante cuestionario autoadministrado enviado por correo postal. Los porcentajes de probable depresión obtenidos con la EPDS fueron de 35,4%, 22,2% y 18,2% para un punto de corte ≥10, ≥12 y ≥13, respectivamente. Los resultados hallados mostraron un porcentaje superior al que se esperaba encontrar respecto a estudios anteriores españoles (Ascaso et al., 2003; Machado, García-Serrano, Moya, Bernabeu, y Cerdá, 1997; Sierra, Carro, y Ladrón, 2002). Una pecualiaridad de esta muestra es que todas las mujeres evaluadas habían sido captadas en las consultas de alto riesgo obstétrico de su hospital de referencia y, por tanto, esta situación podría añadir una mayor carga emocional.

Con respecto al resto del territorio español, los estudios que han evaluado la depresión postparto (ej., Ascaso et al., 2003; Carrascón et al., 2006; Escribà-Agüir y Artazcoz, 2011; Garcia-Esteve et al., 2003; Marín-Morales et al., 2014; Sebastián-Romero et al., 1999; Vilouta et al., 2006), han utilizado cuestionarios de autoinforme y solamente 2 de ellos (Ascaso et al.,

2003; Garcia-Esteve et al., 2003) utilizan la entrevista clínica SCID, aunque se hizo sobre una muestra con riesgo elevado de depresión. A excepción de Escribà-Agüir y Artazcoz (2011), los cuales llevaron a cabo una evaluación a los 3 y a los 12 meses postparto, ningún otro estudio ha realizado un seguimiento longitudinal, ofreciendo datos de prevalencia en diferentes momentos del postparto.

Con respecto al postparto y a los estudios que han utilizado cuestionarios de autoinforme, existe gran variabilidad en los momentos de evaluación, abarcando desde las 24 horas postparto (Marín-Morales et al., 2014) hasta los cuatro años (Woolhouse et al., 2015), si bien ambos momentos de evaluación son excepcionales, siendo el más frecuente los dos meses postparto y habiendo solamente un estudio que recoge los datos de forma longitudinal con evaluaciones repetidas a lo largo del postparto (Woolhouse et al., 2015).

Si nos centramos en aquellos estudios que hayan abarcado desde el inicio del embarazo hasta al menos el primer año postparto, solamente el estudio de Banti et al. (2011) incluye los tres trimestres de gestación y evaluaciones en el primer mes postparto, así como a los 3, 6, 9 y 12 meses. No obstante, los datos de prevalencia de este estudio se han obtenido solo con entrevista clínica. Por tanto, es evidente la escasez de estudios que hagan un seguimiento longitudinal y a largo plazo. Concretamente, éste sería el primer estudio longitudinal llevado a cabo en España y Europa que en una amplia muestra de mujeres evalúa la prevalencia de la depresión durante el embarazo y hasta un año después del parto, utilizando un instrumento de cribado y una entrevista clínica.

Por esta razón, también nos hemos planteado como objetivo analizar la trayectoria de la depresión durante el embarazo y el postparto, pues se sabe que ésta no es igual de prevalente en todos los momentos (Matthey y Ross-Hamid, 2012). Por ello, con este trabajo, se pretende realizar un seguimiento desde el inicio del embarazo incluyendo una evaluación en cada trimestre y durante el postparto con una entrevista a los 2 meses, a los 6 meses y a los 12 meses, lo cual permitiría conocer qué momentos son más vulnerables, en cuáles se da una mayor prevalencia y las variables asociadas en cada período, para poder implementar las medidas de prevención e intervención más adecuadas en cada momento.

La importancia del último objetivo de esta investigación, evaluar la prevalencia y las variables asociadas a la depresión contínua durante el embarazo y postparto, se debe a que no hay datos en la literatura, pues para obtenerlos, hacen falta estudios longitudinales y a largo

plazo que incluyan múltiples evaluaciones en el periodo perinatal. Como se ha visto, solamente el estudio de Banti et al. (2011) reuniría estos criterios, si bien no aporta datos de prevalencia contínua de depresión.

No cabe duda de que la atención al estado emocional de las mujeres durante el embarazo debería ser una rutina habitual en la atención prenatal y, sin embargo, esto no es así. El seguimiento y control del embarazo es habitualmente un proceso muy protocolizado en base a cuestiones de índole médica pero que en ningún momento tiene en cuenta los aspectos psicológicos inherentes a esta etapa de la vida de la mujer. Si esto es así durante el embarazo, el postparto no iba a ser diferente. En este periodo la puérpera como tal no existe para los servicios de salud y toda la atención recae sobre el/a recién nacido/a para el que sí hay establecidos protocolos y programas específicos de seguimiento que abarcan hasta los 15 años de edad. Por tanto, se hace necesario el desarrollo de intervenciones dirigidas a prevenir y detectar de forma precoz los tratornos psicológicos más prevalentes durante el embarazo y el puerperio como es la depresión. Para ello, es preciso, en primer lugar, conocer la situación actual al respecto.

En función de los resultados obtenidos con esta investigación, se pretende sentar las bases para el desarrollo de un protocolo de prevención y cribado específico que permita mejorar el bienestar psicológico de las mujeres en esta etapa de sus vidas y, en consecuencia, la de su descendencia.

7.3. HIPÓTESIS

En función de los objetivos planteados y la justificación realizada anteriormente, las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

1. Las propiedades psicométricas de la escala EPDS indicarán que puede ser un instrumento adecuado para valorar la depresión en el embarazo en España.
2. La prevalencia de la depresión durante el embarazo con la EPDS se situará entre un 10% y un 20%.
3. La prevalencia de la depresión durante el embarazo con la SCID se situará entre un 5% y un 10%.
4. Las variables que se relacionarán con la depresión durante el embarazo serán:

- Variables sociodemográficas: tener menor edad, menor nivel educativo, menores ingresos económicos, estar desempleada y no tener pareja.
- Variables relacionadas con el embarazo: ser multípara, no haber planificado el embarazo, historia previa y actual de complicaciones obstétricas (ej., abortos).
- Variables relacionadas con la salud: ser fumadora y tener sobrepeso al inicio del embarazo según el IMC.
- Variables psicológicas: tener antecedentes personales de trastornos psicológicos y en concreto de depresión, presentar mayores puntuaciones en ansiedad y estrés, así como percibir un menor apoyo social.

5. La prevalencia de la depresión postparto con la EPDS se situará entre un 15,0% y un 25,0%.
6. La prevalencia de la depresión postparto con la SCID se situará entre un 5,0% y un 10,0%.
7. Las variables que se relacionarán con la depresión postparto serán:
   - Variables sociodemográficas: tener menor edad, menor nivel educativo, menores ingresos económicos, estar desempleada y no tener pareja.
   - Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto: ser multípara, no haber planificado el embarazo, historia actual de complicaciones obstétricas, haber tenido un parto por cesarea, haber tenido alguna complicación durante el parto o puerperio, no dar de mamar o haberlo hecho durante menos tiempo y no haber asistitido a clases de educación maternal.
   - Variables relacionadas con la salud: ganar mayor peso durante el embarazo y retener mayor peso en el postparto.
   - Variables psicológicas: tener antecedentes personales de trastornos psicológicos y concretamente de depresión, tener depresión en el embarazo, presentar mayores puntuaciones en ansiedad y estrés, así como percibir un menor apoyo social.
8. La evolución previsible de la depresión a lo largo del periodo perinatal es que la prevalencia de mujeres con depresión sea mayor en el primer y tercer trimestre de embarazo y a los 2 meses postparto. La prevalencia será menor en el segundo trimestre de embarazo y a partir de los 6 meses postparto.

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

II. MÉTODO

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. PARTICIPANTES

El tamaño muestral de esta investigación se calculó mediante una fórmula estadística teniendo en cuenta el número de nacimientos en Galicia en el año previo a la realización del estudio (N = 19630), con el objetivo de obtener una muestra representativa de la comunidad. Con un nivel de confianza del 95,0% y una precisión del 5,0%, se obtuvo un tamaño muestral de 377 embarazadas. Puesto que se trataba de un estudio longitudinal, con seis momentos de evaluación, y que por tanto se podía llegar a perder hasta un 15,0% de la muestra, se partió de un tamaño muestral superior.

Se ofreció participar en el estudio a un total de 635 mujeres, de las cuales 15 rechazaron formar parte del mismo. Por tanto, la muestra de la primera evaluación estuvo formada por 620 mujeres embarazadas en su primer trimestre de gestación (< 15 semanas) procedentes del área sanitaria de Ourense.

En la segunda evaluación, realizada en el segundo trimestre, se perdieron 45 mujeres (el 7,25% de la muestra inicial), 33 debido a que habían sufrido un aborto, 1 debido a que había tenido un parto de gran prematuro y 11 se negaron a seguir participando en el estudio. Así, la muestra final del segundo momento de evaluación quedó integrada por 575 mujeres.

En la tercera evaluación, llevada a cabo en el tercer trimestre, se perdieron 6 mujeres debido a que habían tenido un parto prematuro. Por tanto, la muestra quedó constituida por 569 mujeres.

En la cuarta evaluación, realizada a los 2 meses postparto, se perdieron 2 mujeres, una por muerte fetal intraúetro a término y otra porque no se localizó. Por tanto, la muestra final de la cuarta evaluación quedó constituida por 567 mujeres.

En la quinta evaluación, realizada a los 6 meses postparto, no hubo ninguna pérdida, por lo que la muestra se mantuvo en 567 participantes.

En la sexta y última evaluación, realizada a los 12 meses postparto, se perdieron 6 mujeres. Los motivos fueron: 2 casos por enfermedad materna grave (linfoma y enfermedad desmielinizante), enfermedad grave del bebé (1), separación matrimonial (1), encontrarse en un proceso judicial con el SERGAS (1) y no deseo de participar (1). De esta forma, la muestra

final de este estudio quedó constituida por 561 mujeres que fueron evaluadas en los seis momentos (Figura 1), lo que supuso una tasa de contacto del 90,5% de la muestra inicial. En la muestra final, el rango de edad comprendió de los 18 a los 45 años, siendo la media de edad de 32,80 años (*DT* = 4,73). El 59,5% (n = 334) eran primíparas, un 94,8% (n = 532) estaban casadas o vivían en pareja, y el 46,5% (n = 261) tenían estudios universitarios.

Aunque todas las mujeres fueron captadas en las consultas de embarazo de bajo riesgo, el 12,7% (n = 71) del total de la muestra se derivó a la consulta de alto riesgo obstétrico en algún momento a lo largo de la gestación. Los principales motivos para este cambio en el criterio obstétrico fueron el diagnóstico de diabetes gestacional (n = 25), el crecimiento intrauterino retardado (n = 17), la obesidad (n = 8) y la hipertensión arterial (n = 7), entre otros. A pesar de esta condición, ninguna de estas mujeres fue excluida de la investigación. Cabe destacar que los criterios de derivación a esta consulta varían entre los diferentes hospitales y son modificados periódicamente según las recomendaciones de la evidencia científica en cada momento.

Todas las mujeres participaron voluntariamente en el estudio y dieron su consentimiento oral y por escrito. Los criterios de inclusión fueron: tener 18 años o más, estar embarazada de menos de 15 semanas, hablar y entender el español y estar dispuesta a participar en las posteriores evaluaciones, tanto durante el embarazo como en el postparto.

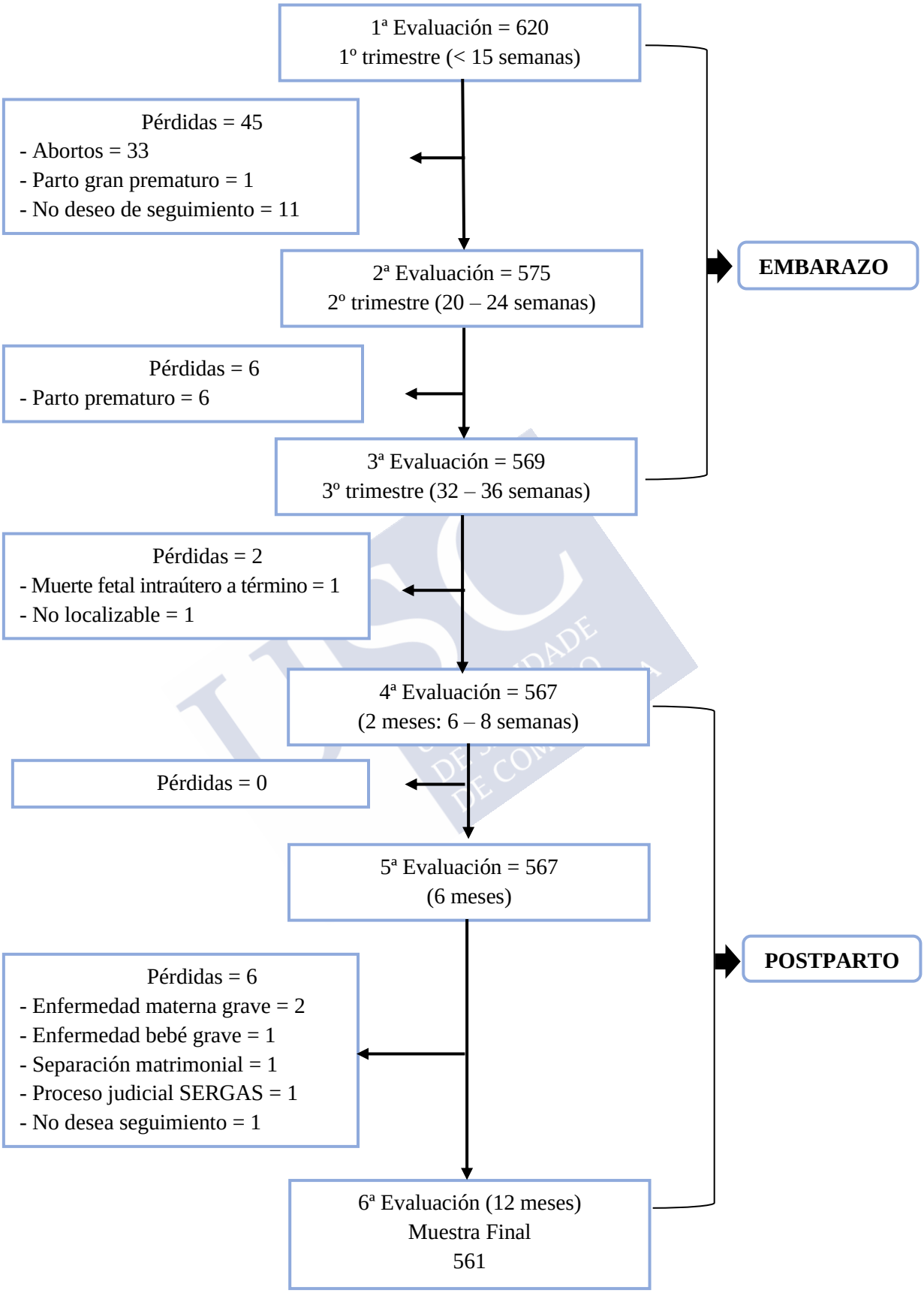

Figura 1. Composición de la muestra en los diferentes momentos

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación se describen a continuación.

En primer lugar, se elaboraron seis cuestionarios *ad hoc* específicos para este estudio que contenían tanto preguntas abiertas como cerradas sobre variables sociodemográficas, variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto, así como variables relacionadas con la salud y variables psicológicas (ver Apéndices 3, 4, 5, 6, 7 y 8). Además, se utilizaron las escalas de evaluación psicológica que se comentan a continuación.

La *Escala de Depresión Postparto de Edimburgo* (*Edinburg Postnatal Depression Scale, EPDS*) de Cox et al. (1987) es un instrumento diseñado originalmente para detectar estados depresivos en el postparto. Mide síntomas cognitivos y emocionales, excluyendo los síntomas somáticos de la depresión, con una única excepción, ya que uno de sus ítems evalúa dificultades para dormir. Se trata de una escala compuesta por 10 ítems, con 4 opciones de respuesta, cuyas puntuaciones se sitúan entre 0 y 3, en orden creciente de gravedad de los síntomas (Apéndice 9). El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 30, siendo las puntuaciones más altas las que indican mayor severidad. Es la escala más utilizada a nivel internacional para la detección de sintomatología depresiva en el postparto, aunque también se ha utilizado para su detección en el embarazo (ej., Bao, Vega y Saona, 2010; Murray y Cox, 1990; Rubertsson et al., 2011; Webster, Linnane, Dibley y Pritchard, 2000). Su punto de corte es diferente dependiendo del país, fluctuando entre 9 y 13. En la validación española (Garcia-Esteve et al., 2003) la puntuación de corte que se recomienda utilizar es 10/11, aunque para estudios epidemiológicos se sugirió un punto de corte de 11/12 (Ascaso et al., 2003). No obstante, en una publicación reciente de Navarro et al. (2017) se estableció como recomendación que una puntuación entre 10 y 11 indicaría posible trastorno depresivo. Por otro lado, en la validación española de la EPDS para su uso en el embarazo realizada por Vázquez y Míguez (2019), se indica que el punto de corte más adecuado para el cribado de la depresión antenatal era el ≥ 10. Por tanto, teniendo en cuenta ambos criterios, el punto de corte utilizado en este estudio para identificar a las mujeres con probable depresión, tanto en el embarazo como en el postparto, fue el ≥ 10.

En el presente estudio la fiabilidad de la EPDS durante el embarazo se fue en el primer trimestre de 0,81, en el segundo trimestre de 0,82 y en el tercer trimestre de 0,85. En el postparto, a los 2 meses la fiabilidad fue de 0,87, a los 6 meses de 0,86 y al año postparto de 0,88.

La *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM–IV (SCID I)* de First et al. (1999) es una entrevista semiestructurada destinada a establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM–IV (American Psychiatric Association, 1994). La utilización de este tipo de entrevistas mejora la fiabilidad y la validez diagnóstica mediante la estandarización del proceso de evaluación. Esto facilita la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM–IV y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos. En este estudio, un clínico ciego a los resultados de la EPDS estableció el diagnóstico de depresión utilizando los ítems relativos al episodio depresivo mayor. Se utilizó la entrevista SCID según los criterios diagnósticos del DSM-IV por ser la versión que, en el momento del diseño del estudio, estaba disponible en español.

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI*) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970; versión española TEA, 1982) evalúa tanto el nivel actual de ansiedad, como la predisposición de la persona a sufrir ansiedad. Se compone de 40 ítems (Apéndice 10), 20 hacen referencia a la subescala Estado (STAI-E) y los otros 20 a la subescala Rasgo (STAI-R). La subescala Estado está formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento, mientras que la subescala Rasgo evalúa cómo se siente la persona habitualmente, es decir, permite medir el factor de personalidad que predispone a sufrir, o no, ansiedad. La persona responde a los ítems utilizando una escala tipo Likert de 4 puntos, en los que las alternativas de respuesta son 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho.

La puntuación para cada subescala oscila entre 0 y 60, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de ansiedad. Para la ansiedad estado, el punto de corte que se recomienda con mujeres se sitúa en una puntuación mayor de 31 y para la ansiedad rasgo en mayor de 32, lo cual se corresponde en ambos casos con el pecentil 75.

La adaptación española del cuestionario obtuvo unas adecuadas propiedades psicométricas, con una fiabilidad (alfa de Cronbach) de 0,90 para ansiedad rasgo y de 0,94 para ansiedad estado. En cuanto a la validez, presenta correlaciones con otras medidas de ansiedad como es el caso de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de

Ansiedad de Cattell (0,73-0,85), e incluso presenta cierto solapamiento entre ansiedad y depresión, ya que su correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0,60.

En nuestra muestra (N = 561) la fiabilidad de la subescala de ansiedad rasgo en el primer trimestre de embarazo se sitúa en 0,88 y la fiabilidad de la ansiedad estado fue 0,91. En el segundo y tercer trimestre la fiabilidad de la subescala de ansiedad estado fue de 0,92. Con respecto al postparto, la fiabilidad a los 2 meses se sitúa en un 0,81, a los 6 meses fue de 0,94 y al año postparto fue de 0,95.

La validación española de la *Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)* de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) fue llevada a cabo por Remor (2006). La PSS es una escala autoadministrada que mide el grado en el que las situaciones de la vida se valoran como estresantes (Apéndice 11); concretamente evalúa el grado en el cual la gente encuentra que su vida en el último mes fue impredecible, incontrolable o agobiante. Consta de 14 ítems, con 5 opciones de respuesta (0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = de vez en cuando; 3 = a menudo; 4 = muy a menudo). El rango de puntuaciones de esta escala oscila entre 0 y 56, de forma que las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de estrés percibido.

Con esta muestra, la fiabilidad de la PSS durante el embarazo fue de 0,86 en el primer trimestre, 0,88 en el segundo trimestre y 0,87 en el tercer trimestre. En el postparto, a los 2 meses la fiabilidad que se obtuvo fue de 0,95, a los 6 meses fue de 0,91 y al año fue de 0,92.

El *Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk* (Broadhead, Gehlbach, Degruy y Kaplan, 1988) permite evaluar el grado de satisfacción que cada persona tiene del apoyo recibido, por tanto, lo que evalúa es la percepción del apoyo. Consta de 11 ítems, los cuales se pueden dividir en dos subescalas, una referida al *apoyo confidencial* (que consiste en la posibilidad de contar con personas para comunicarse o compartir problemas) y otra referida al *apoyo afectivo* (basada en las demostraciones de amor, cariño y empatía). El apoyo afectivo se valora a través de 4 ítems (3, 4, 5 y 11), con una puntuación entre 4 y 23. El apoyo confidencial se evalúa a través de 7 ítems que se corresponde con las preguntas 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10 del test, con un rango de puntuación entre 7 y 35. La puntuación de la escala en su conjunto oscila entre 11 y 55, de forma que a menores puntuaciones, menor satisfacción con el apoyo recibido (Apéndice 12).

En la validación española realizada por Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, (1996) se optó por un punto de corte correspondiente al percentil 15, que equivale a una puntuación total menor a

32 puntos. Así, una puntuación igual o mayor a la indicada haría referencia a una percepción normal del apoyo, mientras que una puntuación menor de 32 indicaría una baja percepción de apoyo social. La consistencia interna para el total de la escala fue de 0,90, mientras que las subescalas de apoyo confidencial y afectivo obtuvieron un 0,88 y 0,79, respectivamente.

Con nuestra muestra, para la escala total la fiabilidad en el tercer trimestre de embarazo fue de 0,94. Con respecto al postparto, la fiabilidad a los 2, 6 y 12 meses se situó en 0,93.

La escala *Premenstrual Symtoms Screening Tool (PSST)* diseñada por Steiner, Mcdougall, y Brown (2003), identifica mujeres que sufren de Síndrome Premenstrual (SP) o Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP). Pregunta a las mujeres si experimentaron alguno de los síntomas premenstruales de una lista de 14 (enfado/irritabilidad; ansiedad/tensión; ganas de llorar/incremento de la sensibilidad; ánimo deprimido/desesperanza; disminución del interés por actividades laborales y/o del hogar; disminución del interés por actividades sociales; dificultades para concentrarse; fatiga/falta de energía; sobreingesta/antojos; insomnio/hipersomnia; sentirse abrumada o fuera de control; y síntomas físicos: tensión mamaria, cefaleas, dolor muscular o articular, hinchazón o aumento de peso). También pregunta en qué grado los experimentaron (nada, levemente, moderadamente, gravemente) y en qué grado los síntomas interfirieron con la eficiencia o productividad en el trabajo, con las relaciones con los compañeros, con la familia, con las actividades y vida social y con las responsabilidades en el hogar (Apéndice 13). El PSST refleja los criterios diagnósticos del DSM–IV en una escala con grados de severidad y es útil para calcular la gravedad del impacto de estos síntomas. Según el PSST, para presentar un diagnóstico de SP se deben dar las siguientes condiciones: al menos uno de los cuatro primeros síntomas debe ser moderado o grave, además cuatro síntomas de los catorce serán moderados o graves e interferirán al menos en una de las áreas de la vida de la mujer, de manera moderada a grave. Para presentar diagnóstico de TDP al menos uno de los cuatro primeros síntomas debe ser grave, además cuatro de los catorce síntomas han de ser moderados o graves e interferir al menos en un área de su vida de forma severa.

En nuestro estudio, la fiabilidad de la PSST en el primer trimestre de embarazo fue de 0,86.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación, se presentan las variables evaluadas en este estudio y que fueron incluidas en los cuestionarios *ad hoc* diseñados específicamente con motivo del mismo (ver Apéndices 3, 4, 5, 6, 7 y 8). Dichas variables aparecen agrupadas en función del momento de evaluación en el que fueron recogidas y se aporta un resumen de las mismas en la Tabla 15.

3.1. VARIABLES EVALUADAS EN EL EMBARAZO

- Variables *sociodemográficas*: edad, estado civil (soltera, casada/en pareja, divorciada/separada y viuda), número de hijos/as, nivel de estudios (primarios, secundarios, universitarios), profesión, situación laboral (trabaja, en paro, baja laboral, pensionista, otras), el embarazo le influyó en su situación laboral (sí, no), en caso afirmativo cómo influyó, ingresos mensuales personales (≤ 1000 euros, 1001-1500, 1501-2000, 2001-3000, 3001-4000, > 4000, no contesta).
- Variables *relacionadas con el embarazo*: embarazos anteriores al actual y cómo finalizaron (aborto voluntario, aborto espontáneo, aborto provocado, parto normal, cesárea, fórceps, ventosa, ectópico); embarazo planeado (sí, no); recurrió a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual (sí, no), en caso afirmativo indique a qué tratamiento ha recurrido; reacción al confirmar su embarazo (alegría, resignación, enfado, otras); semana de gestación; ha sufrido alguna complicación en el embarazo actual (sí, no), en caso afirmativo cuál complicación; está asistiendo a clases de educación maternal (sí, no), indicar por qué; tiene pensado dar el pecho a su hijo/a (sí, no), indicar por qué.
- Variables *relacionadas con la salud*: peso, talla; situación en relación al hábito tabáquico (sí fumadora/no fumadora), promedio de consumo de sustancias (cerveza, vino, copas, café, té, cannabis, cocaína, heroína, otras) durante un día laborable de la semana y fin de semana.
- Variables *psicológicas*: en algún momento de su vida usted ha sido diagnosticada de algún trastorno psicológico/psiquiátrico (sí, no), en caso afirmativo indique de qué trastorno, actualmente está a tratamiento por depresión (sí, no), empeoró su estado de ánimo en los embarazos y/o postpartos anteriores (sí, no), en caso afirmativo en qué momento estuvo peor, cuánto tiempo duró y cómo se sintió; sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS y Trastorno Depresivo Mayor evaluado con la entrevista SCID; ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, ansiedad rasgo utilizando el STAI-R, estrés percibido evaluado mediante el PSS; apoyo social percibido evaluado con la escala Duke-Unk y antecedentes de Síndrome premenstrual/Trastorno disfórico premenstrual con la escala PSST.

3.2. VARIABLES EVALUADAS EN EL POSTPARTO

- Variables *sociodemográficas*: cuál es su situación laboral actual (trabaja, en paro, baja laboral, pensionista, otros); la maternidad le ha influido en su situación laboral (sí, no), en caso afirmativo indique de qué manera; la maternidad afectó a su relación de pareja (sí, no), en caso afirmativo indique de qué manera; ha iniciado trámites de separación y/o divorcio desde el parto (sí, no).
- Variables *relacionadas con el embarazo, parto y postparto*: semana postparto; ha sufrido alguna complicación durante el embarazo (sí, no), en caso afirmativo indique cuál; ha asistido a clases de educación maternal (sí, no), en caso afirmativo indique número de clases, tanto en caso afirmativo como negativo indicar por qué; semana de embarazo en la que se produjo el parto; tipo de parto (normal, ventosa, fórceps, cesárea); ha sufrido alguna complicación durante el parto (sí, no), en caso afirmativo indique cuál; ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto (sí, no), en caso afirmativo indique cuál; peso del recién nacido/a al nacer; su hijo/a ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto (sí, no), en caso afirmativo indique cuál complicación; su hijo/a tiene alguna enfermedad (sí, no), en caso afirmativo indique cuál; su hijo/a ha tenido que estar hospitalizado/a (sí, no), en caso afirmativo indique por qué; cómo está alimentando a su bebé (lactancia materna exclusiva, más del 80% leche materna, 50-80% leche materna, 50% leche materna, 20-50% leche materna, menos 20% leche materna, lactancia artificial exclusiva); cuál es su situación con respecto a la alimentación de su bebé (estoy dando el pecho actualmente, nunca quise dar el pecho, quería dar el pecho pero no pude, empecé dando el pecho pero lo dejé); en una escala de 0 a 10 valore su experiencia de embarazo, la atención recibida por los profesionales durante el embarazo, su experiencia de parto y la atención recibida por los profesionales durante el parto; indique qué aspecto ha sido el mejor y el peor del embarazo, el parto y la maternidad.
- Variables *relacionadas con la salud*: cuánto peso ha ganado durante el embarazo; cuál es su peso respecto a antes del embarazo (mayor, igual, menor).
- Variables *psicológicas*: sintomatología depresiva evaluada mediante la EPDS, Trastorno Depresivo Mayor evaluado con la SCID, ansiedad estado evaluada mediante el STAI-E, estrés percibido evaluado mediante el PSS, apoyo social percibido evaluado con la escala Duke-Unk, síntomas que ha sufrido los días posteriores a dar a luz (estado de ánimo triste o deprimido, ansiedad o tensión, sentimientos de incomprensión, más contenta de lo habitual, me sentí como siempre, otros sentimientos), ha recibido tratamiento

psicológico/psiquiátrico (sí, no), en caso afirmativo indique cuál y por qué, actualmente está a tratamiento por depresión (sí, no).

Tabla 15. Resumen de las variables recogidas en cada momento de evaluación.

		EMBARAZO			POSTPARTO		
	Variables	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Variables sociodemográficas	- Variables sociodemográficas (Ej., estudios, estado civil, ingresos, etc.)	*					
	- Situación laboral	*				*	*
	- Influencia del embarazo/maternidad en la situación laboral	*	*	*	*	*	*
	- Influencia de la maternidad en la relación de pareja						*
	- Separación/divorcio						*
Variables relacionadas con el embarazo y el parto	- Semana de embarazo/postparto	*	*	*	*	*	*
	- Paridad	*					
	- Abortos previos	*					
	- Embarazo planeado	*					
	- Reacción al confirmar embarazo	*					
	- Tratamiento de fertilidad	*					
	- Asistencia a educación maternal			*	*		
	- Complicaciones en el embarazo/parto	*	*	*	*	*	*
	- Tipo de parto				*		
	- Semana de parto				*		
	- Peso recién nacido/a				*		
	- Intención lactancia materna			*			
	- Lactancia materna				*	*	*
	- Hijo/a hospitalizado/a				*	*	*
	- Hijo/a con enfermedad y/o malformación				*	*	*
	- Nivel de satisfacción (embarazo, parto y profesionales sanitarios)				*		
Variables relacionadas con la salud	- Consumo de tabaco	*	*	*			
	- Consumo de bebidas (café, té, alcohol…)	*					
	- Peso	*					
	- Peso ganado embarazo				*		
	- Peso respecto a antes del embarazo					*	*
Variables psicológicas	- Sospecha de depresión	*	*	*	*	*	*
	- Depresión mayor	*	*	*	*	*	*
	- Baby Blues				*		
	- Ansiedad rasgo	*					
	- Ansiedad estado	*	*	*	*	*	*
	- Estrés percibido	*	*	*	*	*	*
	- Apoyo social percibido			*	*	*	*
	- Trastorno premenstrual/disfórico	*					
	- Antecedentes personales de trastorno psicológico/psiquiátrico	*					
	- Tratamiento psicológico	*	*	*	*	*	*
	- Tratamiento por depresión	*	*	*	*	*	*
	- Empeoramiento estado de ánimo en embarazo previos			*			

4. PROCEDIMIENTO

Se utilizó un diseño longitudinal prospectivo de recogida de datos en seis momentos temporales, tres durante el embarazo y tres en el postparto. Todas las evaluaciones se realizaron de manera personal e individual.

Previamente a la captación y evaluación de la muestra, se realizaron diferentes trámites burocráticos para poder llevar a cabo la recogida de datos en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). En primer lugar, se solicitó la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC). A este comité se le presentó el proyecto de investigación que, para poder ser aceptado, debía ajustarse a un modelo preestablecido que incluyese los siguientes apartados: resumen, información general, antecedentes y justificación del proyecto (estimación y justificación del tamaño muestral para que fuese representativo de la población a estudio), objetivos, tipo de estudio, material y método, aspectos ético legales, memoria económica/fuente de financiación, compromiso de publicación de los resultados y bibliografía. El siguiente paso fue conseguir las autorizaciones del jefe del servicio de ginecología y obstetricia, de la jefa de sección de obstetricia y del gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), en el cual están integradas las consultas en las que se recogió la muestra. Una vez conseguidas todas las autorizaciones, se procede a la recogida de los datos.

Las evaluaciones correspondientes al embarazo fueron llevadas a cabo en el centro hospitalario, en las salas de espera, en los momentos previos a entrar en la consulta de seguimiento protocolizado del embarazo o a las ecografías. Cabe señalar a este respecto, que en la provincia de Ourense, y no así en el resto de provincias de la comunidad gallega, la figura de la matrona de atención primaria es prácticamente inexistente y en consecuencia el seguimiento del embarazo de las mujeres de esta provincia es llevada a cabo de forma generalizada por ginecólogos/as (y matronas, excepcionalmente) en las consultas externas de obstetricia y ginecología de los centros hospitalarios de la provincia (Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Hospital Comarcal del Barco de Valdeorras y Hospital Comarcal de Verín).

El primer contacto con las participantes de este estudio tuvo lugar cuando las embarazadas acudían a la primera o segunda consulta antes de las 15 semanas de gestación. Previamente a la administración de los cuestionarios, se informaba a las mujeres de los

objetivos del estudio y de la necesidad de contactar con ellas en posteriores evaluaciones, razón por la cual se pedían sus datos de contacto, así como su consentimiento para recoger y analizar la información proporcionada en los cuestionarios. Una vez que accedían a participar y firmaban el consentimiento informado, se proporcionaban las instrucciones pertinentes para cumplimentar los instrumentos y se procedía a su administración. En la Figura 2 se muestran los instrumentos de evaluación que se utilizaron en cada fase del estudio.

En la primera evaluación se utilizó un cuestionario que recogía datos sociodemográficos, obstétricos, relacionados con la salud y psicológicos (Apéndice 3). Dicha evaluación también incluía la EPDS, la SCID, el PSS, el STAI-R, el STAI-E y el PSST. El tiempo de aplicación de estos instrumentos fue de 45 minutos por término medio. Esta primera evaluación abarcó desde septiembre de 2015 a diciembre de 2016. Durante la primera semana de recogida de datos, se realizó un estudio piloto con 7 mujeres para comprobar si el cuestionario creado era adecuado. El resultado de este estudio piloto dio lugar a la modificación de varias de las preguntas iniciales debido a las dudas que ocasionaban.

La segunda evaluación se realizó en el segundo trimestre de embarazo, entre la semana 20 y 24, coincidiendo con la visita de las gestantes al centro hospitalario para la realización de la ecografía de diagnóstico prenatal y/o para la consulta habitual de seguimiento de su embarazo. Abarcó desde el mes de octubre de 2015 al mes de abril de 2017. En este momento se administraba un cuestionario (Apéndice 4), que incluía preguntas relacionadas con el embarazo, la salud, así como la EPDS, SCID, el PSS y el STAI-E. La duración media fue de 40 minutos.

La tercera evaluación se realizó en el tercer trimestre de embarazo, entre la semana 32 y 36, coincidiendo con la visita de las gestantes al centro hospitalario para la realización de la ecografía correspondiente y/o para la consulta habitual de seguimiento de su embarazo. Abarcó desde enero de 2016 a julio de 2017 y se administraba un cuestionario (Apéndice 5), que incluía preguntas relacionadas con el embarazo, la salud, así como la EPDS, la SCID, el PSS, el STAI-E y el DUKE. La duración media fue de 40 minutos.

La cuarta, quinta y sexta evaluaciones tuvieron lugar tras el parto. En concreto, la cuarta se llevó a cabo a los dos meses postparto, entre las seis y ocho semanas y fue realizada entre mayo de 2016 y octubre de 2017. El quinto momento de evaluación se realizó a los 6 meses postparto, entre octubre de 2016 y febrero de 2018. La sexta y última evaluación fue

llevada a cabo al año postparto y abarcó desde mayo de 2017 hasta agosto de 2018. Los cuestionarios administrados en estas evaluaciones (Apéndices 6, 7 y 8, repsectivamente), incluían preguntas sobre variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, variables relacionadas con la salud, variables psicológicas, así como la EPDS, SCID, el PSS, el STAI-E y el DUKE. La duración media de estas evaluaciones fue de 30 minutos y podían ser realizadas en cualquier día, lugar y hora en función de las preferencias y disponibilidad de las mujeres, con el fin de conseguir la máxima participación. Todas las entrevistas fueron realizadas de manera personal e individual en donde la mujer dispusiera, que en la mayoría de los casos fue en su domicilio. La imposibilidad de contacto se establecía cuando tras realizar un mínimo de 10 llamadas con el fin de concertar la entrevista en días diferentes de la semana, a distintas horas (mañana, mediodía, tarde y noche) y desde distintos teléfonos no se lograba el contacto con la mujer a evaluar.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

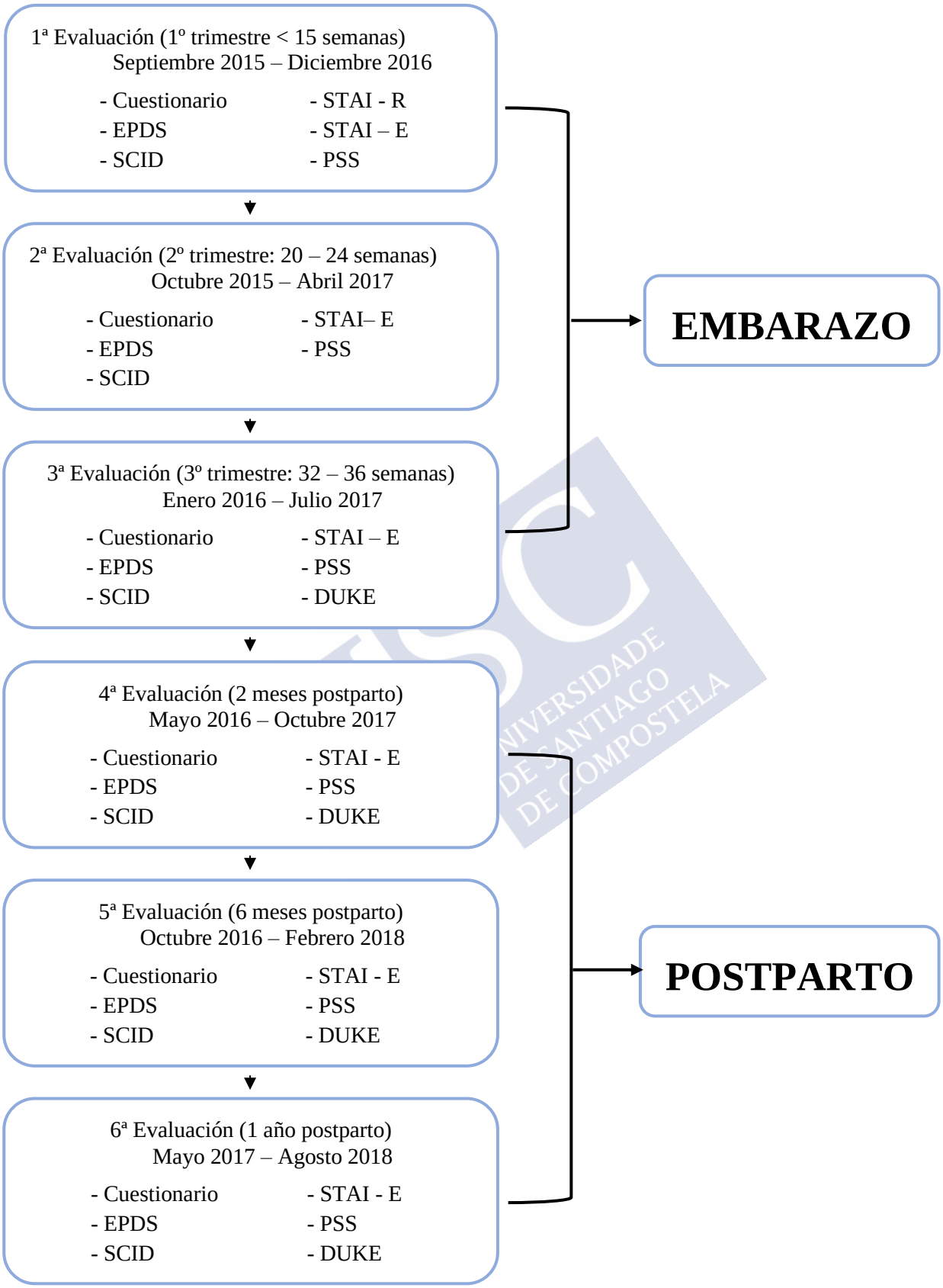

Figura 2. Momentos e instrumentos de evaluación en el embarazo y postparto

5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics para Windows (versión 22), siendo considerado significativo un p-valor < 0,05. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica. La distribución de frecuencias se utilizó para analizar la prevalencia de las variables cualitativas (características sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, parto y postparto, relacionadas con la salud y variables psicológicas).

En la validación de la EPDS en el embarazo se emplearon curvas ROC para determinar su sensibilidad y especificidad a la hora de detectar la depresión de acuerdo con el diagnóstico proporcionado por la entrevista SCID, así como los valores predictivos positivos (VPP), los valores predictivos negativos (VPN) y la proporción general de casos correctamente identificados (overall accuracy). Se calcularon diferentes puntos de corte de la EPDS específicos para cada trimestre de embarazo. De igual modo, se calculó un punto de corte para el embarazo en general. El criterio predeterminado para seleccionar el punto de corte más apropiado fue aquel que maximizara los valores de sensibilidad y especificidad con la condición de que ninguno de estos valores fuera inferior al 65,0%. A continuación, se tuvo en cuenta el mejor VPN asociado con los valores de sensibilidad y especificidad mencionados anteriormente.

Para analizar las diferencias entre la presencia o no de depresión respecto a las variables categóricas analizadas se realizaron tablas de contingencia y se aplicó el estadístico chi-cuadrado de Pearson. En los casos de tablas 2 x 2, el paquete estadístico SPSS calcula la prueba exacta de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada menor de 5. El tamaño del efecto se evaluó mediante el estadístico V de Cramer.

Para analizar las diferencias entre la presencia o no de depresión respecto a las puntuaciones medias obtenidas en las escalas se realizaron comparaciones de medias. En aquellos análisis donde se comparaban dos grupos se utilizó la prueba t de Student y se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen.

Asimismo, se realizaron análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el objetivo de conocer las variables que predicen la depresión tanto en el embarazo como

en el postparto. Este análisis de regresión permite predecir una variable dependiente dicotómica (con depresión/sin depresión) en función de variables predictoras, categóricas o cuantitativas. Es decir, permite expresar la probabiliad de que ocurra un evento en función de ciertas variables que se presumen relevantes o influyentes. En concreto, para ver qué variables predicen la presencia de depresión se utilizó el total de la muestra (N= 561) dividiendo a las embarazadas en función de si presentaban, o no, probable depresión según el cuestionario EPDS y/o depresión mayor según la SCID.

Igualmente, los procedimientos anteriormente descritos se utilizaron para analizar las diferencias entre la presencia o no de sospecha de depresión contínua, es decir entre las mujeres con y sin sospecha de depresión en todos los momentos de evaluación.

Por último, para analizar la fiabilidad de las escalas en esta muestra se calculó el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

III. RESULTADOS

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO

A continuación, se describirán las características de la muestra final de este estudio. Para ello, se han agrupado las variables en sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, relacionadas con la salud y variables psicológicas. Se ofrece una descripción en función de las variables que han sido evaluadas en un único momento del embarazo, así como en función de aquellas que han sido evaluadas en cada trimestre.

1.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA

La muestra de este estudio está compuesta por 561 mujeres cuyas edades abarcan desde los 18 a los 45 años, con una media de 32,80 años (*DT* = 4,73). Concretamente, el 6,1% de las mujeres tenían una edad igual o inferior a los 25 años (n = 34), el 62,9% (n = 353) se encontraba entre los 26 y 35 años de edad y el 31,0% de la muestra (n = 174) superaba los 35 años. En lo referente al estado civil, la mayoría estaban casadas o vivían en pareja (94,8%). En cuanto al nivel de estudios, un 46,5% (n = 261) tenía estudios universitarios y un 35,5% (n = 199) había cursado estudios secundarios. En lo concerniente a la situación laboral, en el momento de realizar la entrevista un 75,4% (n = 423) de la muestra trabajaba y un 17,6% (n = 99) se encontraba en situación de desempleo. Respecto a los ingresos mensuales personales, un 44,9% (n = 252) afirmó ganar 1000 euros o menos, un 36,0% (n = 202) indicó que sus ingresos se encontraban entre los 1001 y los 2000 euros y un 5,2% (n = 29) señaló que eran superiores a los 2000 euros (Tabla 16).

Con respecto a la influencia del embarazo en la situación laboral (Tabla 17), en el primer trimestre de embarazo, el 20,0% (n = 112) de las mujeres consideraron que su estado de gestación le había influido a nivel laboral. En concreto, el 16,1% (n = 18) de las mujeres estaban de baja médica a consecuencia del embarazo, el 20,5% (n = 23) refirieron que la situación de embarazo fue causa de despido o no renovación de su contrato laboral, el 17,9% (n = 20) manifestaron la necesidad de tener que solicitar la adaptación y/o cambio de puesto en su lugar de trabajo y, finalmente, el 19,6% (n = 22) aludieron a síntomas físicos como

mareos, náuseas, vómitos y cefaleas que interfirireron en el desempeño normal de su labor profesional.

En el segundo trimestre, el embarazo influyó en la situación laboral del 26,4% (n = 148) de las mujeres. Concretamente, el 23,6% (n = 35) estaban de baja médica a consecuencia del embarazo, el 10,8% (n = 16) manifestaron que la situación de embarazo fue causa de despido o no renovación de su contrato laboral, el 16,9% (n = 25) refirieron la necesidad de tener que solicitar la adaptación y/o cambio de puesto en su lugar de trabajo y el 37,2% (n = 55) aludieron a síntomas físicos como cansancio, lumbalgia y ciática que interfirireron en el desempeño normal de su labor profesional.

Tabla 16. Características sociodemográficas de la muestra en el embarazo.

	n	%	*M*	*DT*
Edad			32,80	4,73
Edad				
≤ 25	34	6,1		
26-35	353	62,5		
> 35	174	31,0		
Estado civil				
Soltera	15	2,7		
Casada/vive en pareja	532	94,8		
Divorciada/Separada	13	2,3		
Viuda	1	0,2		
Nivel de estudios				
Primarios	101	18,0		
Secundarios	199	35,5		
Universitarios	261	46,5		
Situación laboral				
Trabaja	423	75,4		
En paro	99	17,6		
Baja laboral	30	5,3		
Pensionista	1	0,2		
Otros	8	1,4		
Ingresos mensuales personales (euros)				
≤ 1000	252	44,9		
1001-1500	132	23,5		
1501-2000	70	12,5		
2001-3000	24	4,3		
3001-4000	3	0,5		
> 4000	2	0,4		
No sabe/No contesta	78	13,9		

Finalmente, en el tercer trimestre, la influencia del embarazo en la situación laboral es referida por el 37,4% (n = 210) de las mujeres. En este caso, destaca que el 51,0% (n = 107) estaban de baja médica a consecuencia del embarazo y el 21,0% (n = 44) aludieron a síntomas físicos que interfirireron en el desempeño normal de su labor profesional.

Tabla 17. Influencia del embarazo en la situación laboral.

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%	*n*	%
El embarazo influyó en su situación laboral						
No	449	80,0	413	73,6	351	62,6
Sí	112	20,0	148	26,4	210	37,4
¿De qué manera influyó?						
Baja laboral	18	16,1	35	23,6	107	51,0
Despido/no renovación	23	20,5	16	10,8	6	2,9
Adaptación/cambio de puesto/baja	20	17,9	25	16,9	16	7,6
Menor rendimiento por síntomas físicos	22	19,6	55	37,2	44	21,0
Más nervios/preocupaciones/negatividad	11	9,8	4	2,7	6	2,9
Reducción de jornada	8	7,1	0	0	2	1,0
Paro	4	3,6	8	5,4	10	4,8
Otros	6	5,4	5	3,4	19	9,0

1.2. ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

Con respecto a las semanas de gestación en las que se llevaron a cabo las evaluaciones, la media de semanas en que se encontraba esta muestra cuando fue reclutada en el primer trimestre fue de 10,85 (*DT* = 2,36), concretamente entre las 5 y 14 semanas de embarazo. En el segundo trimestre, las gestantes se encontraban entre las 19 y 24 semanas de embarazo (*M* = 20,68; *DT* = 1,20) y, en el tercer trimestre, entre las 32 y 36 semanas (*M* = 34,65; *DT* = 1,26).

Por lo que respecta a las variables relacionadas con el embarazo (Tabla 18), en relación a la paridad, el 59,5% (n = 334) de las mujeres eran primíparas, para el 37,4% (n = 210) se trataba de su segundo/a hijo/a y para el 3,0% (n = 17) este era su tercer/a hijo/a, siendo la media del número de hijos/as de esta muestra de 0,43 (*DT* = 0,55). Con respecto a los antecedentes de aborto, un 26,2% (n = 147) de la muestra refirió haber sufrido al menos uno en algún momento de su vida. El embarazo fue planificado en el 85,9% (n = 482) de los casos. El 7,1% (n = 40) de las mujeres de esta muestra informaron haber recurrido a algún tipo de tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual. Concretamente, el 80,0% (n = 32) de estas mujeres informó

haber recurrido a una fecundación in vitro (FIV) con donación de óvulos, el 2,5% (n = 1) a una FIV con óvulos propios, el 12,5% (n = 5) consiguieron el embarazo mediante inseminación artificial y el 5,0% (n = 2) con tratamiento hormonal.

Tabla 18. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo.

	n	%	*M*	*DT*
Paridad				
Primíparas	334	59,5		
Multíparas	227	40,5		
Nº de hijos/as			0,43	0,55
0	334	59,5		
1	210	37,4		
2	17	3,0		
Abortos previos				
No	414	73,8		
Sí	147	26,2		
Planificación del embarazo				
No	79	14,1		
Sí	482	85,9		
Tratamiento de fertilidad				
No	521	92,9		
Sí	40	7,1		
Tipo de tratamiento de fertilidad (*n* = 40)				
Fiv (ovodonación)	32	80,0		
Fiv (óvulos propios)	1	2,5		
Inseminación	5	12,5		
Hormonal	2	5,0		
Reacción al confirmar embarazo				
Alegría	518	92,3		
Resignación	12	2,1		
Enfado	2	0,4		
Otras	29	5,2		
Miedo	14	2,5		
Sorpresa	7	1,2		
Nerviosismo	6	1,1		
Asistencia a clases de educación maternal				
No	205	36,5		
Sí	356	63,5		
Nº de clases			4,45	4,33
Tiene pensado dar el pecho				
No	102	18,2		
Sí	453	80,7		
No sabe/no contesta	6	1,1		

En cuanto a la reacción ante la confirmación del embarazo, el 93,0% (n = 518) del total de la muestra informó haber reaccionado de forma positiva. Por otro lado, el 63,5% (n = 356) de las mujeres informaron que habían asistido a clases de educación maternal, siendo la media de asistencia de 4,45 clases (*DT* = 4,33) de las 10 que se ofrecen de forma habitual. El 80,7% (n = 453) afirmaron tener la intención de dar el pecho a su futuro/a hijo/a.

Con respecto a la presencia de complicaciones durante el embarazo (Tabla 19), en el primer trimestre, el 8,0% de las mujeres (n = 45) refirieron haber tenido alguna complicación frente al 13,0% (n = 73) y el 16,0% (n = 90) en el segundo y tercer trimestre, respectivamente.

Tabla 19. Complicaciones en el embarazo.

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Complicación embarazo						
No	516	92,0	488	87,0	471	84,0
Sí	45	8,0	73	13,0	90	16,0
Tipo de complicación						
Amenaza de aborto	23	51,1	20	27,4	20	22,2
Síntomas físicos	8	17,8	19	26,0	17	18,9
Hematoma retroplacentario	4	8,9	4	5,5	3	3,3
Hipertensión	2	4,4	5	6,8	4	4,4
Cribado alto riesgo	1	2,2	6	8,2	6	6,7
Diabetes gestacional			5	6,9	14	15,6
Amenaza de parto prematuro			3	4,1	8	8,9
Otras	7	15,6	11	15,1	18	20,0

1.3. ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD

En lo referente a las variables relacionadas con la salud (Tabla 20), se halló que al inicio de la gestación un 59,0% (n = 331) de las mujeres se encontraba en situación de normopeso y el 13,4% (n = 75) en situación de sobrepeso I, según los valores para el Índice de Masa Corporal (IMC) de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO). Con respecto al consumo de bebidas, se observa que el café es la sustancia que más se consume, tanto por la semana (47,8%), como el fin de semana (40,8%). A continuación, se encuentra la ingesta de té con un consumo del 12,7% y del 14,1%, respectivamente. El consumo de alcohol, sobretodo de cerveza, es más frecuente durante el fin de semana (18,9%).

Tabla 20. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con la salud en el embarazo (peso y consumo de sustancias).

	n	%
IMC		
< 18,5 (peso insuficiente)	19	3,4
18,5-24,9 (normopeso)	331	59,0
25-26,9 (sobrepeso I)	75	13,4
27-29,9 (sobrepeso II/preobesidad)	64	11,4
30-34,9 (obesidad tipo I)	46	8,2
35-39,9 (obesidad tipo II)	18	3,2
40-49,9 (obesidad tipo III/mórbida)	8	1,4
Consumo café/té/alcohol/drogas		
Día de semana		
Café	268	47,8
Té	71	12,7
Cañas/cerveza	10	1,8
Copas/vasos de vino	4	0,7
Cannabis	2	0,4
Fin de semana		
Café	229	40,8
Té	79	14,1
Cañas/cerveza	64	11,4
Copas/vasos de vino	31	5,5
Coñac, whisky, gintonic, etc…	11	2,0
Cannabis	4	0,7

En cuanto al consumo de tabaco (Tabla 21), el 22,3% (n = 125) de las mujeres informaron ser fumadoras al inicio del embarazo mientras que en el segundo y tercer trimestre el porcentaje fue del 23,2% (n = 130) y del 23,0% (n = 129), respectivamente.

Tabla 21. Consumo de tabaco en el embarazo.

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Situación actual en relación con el tabaco						
No fumadora	436	77,7	431	76,8	432	77,0
Sí fumadora	125	22,3	130	23,2	129	23,0

Con respecto a la modificación de hábitos de vida (Tabla 22), en el primer trimestre, un 65,2% (n = 366) de la muestra refirió haber intentado modificar algún hábito de su vida a raíz del embarazo, mientras que el 60,1% (n = 337) y el 59,9% (n = 336) lo hicieron en el segundo y el tercer trimestre, respectivamente. En concreto, mejorar la alimentación, dejar de fumar, o ambos, fueron los hábitos más modificados a lo largo del embarazo, junto con mejorar la alimentación y hacer ejercicio.

Tabla 22. Modificación de hábitos de vida en el embarazo.

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Modificación hábitos de vida						
No	195	34,8	224	39,9	225	40,1
Sí	366	65,2	337	60,1	336	59,9
Cuáles hábitos ha modificado						
Alimentación	168	45,9	132	39,2	134	39,9
Dejar de fumar/fumar menos	94	25,7	94	27,9	81	24,1
Alimentación y dejar de fumar	35	9,6	19	5,6	22	6,5
Hacer ejercicio	11	3,0	25	7,4	27	8,0
Alimentación y ejercicio	29	7,9	39	11,6	43	12,8
No beber alcohol	1	0,2	2	0,4	1	0,2
No beber alcohol y dejar de fumar	5	0,9	1	0,2	-	-
Evitar consumo cafeína	-	-	2	0,4	-	-
Otros	23	6,8	23	7,3	28	8,5

1.4. ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

A continuación, se van a comentar los datos hallados respecto a las variables psicológicas evaluadas diferentes a la depresión. Con respecto a las variables que se evaluaron en un único momento a lo largo del embarazo (Tabla 23), se halló que la prevalencia de antecedentes personales de trastorno psicológico era del 14,3% (n = 80). Concretamente, la depresión (35,0%) y la ansiedad (30,0%) fueron los trastornos más informados por las embarazadas que afirmaron haber sufrido alguna vez en su vida algún trastorno. Además, con respecto a las multíparas (n = 227), el 15,9% informó haber experimentado un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos.

En el primer trimestre de embarazo, se evaluó la ansiedad rasgo mediante la STAI y se halló una puntuación media de 18,01 (*DT* = 8,63). Utilizando el punto de corte de esta escala,

se halló que un 5,7% (n = 32) presentaba un nivel elevado de ansiedad rasgo. Para la valoración de la sintomatología premenstrual se utilizó la PSST. Utilizando los criterios diagnósticos indicados para esta escala se encontró que el 7,1% (n = 40) de la muestra reunía las características para ser diagnosticada de síndrome premenstrual mientras que el 1,1% (n = 6) lo harían para el cuadro más severo, el trastorno disfórico premenstrual.

En el tercer trimestre, se evaluó la percepción de apoyo social utilizando el DUKE y se halló una puntuación media de 48,22 (*DT* = 7,79). Concretamente, el 4,5% (n = 25) percibió un nivel bajo de apoyo social por parte de su entorno.

Tabla 23. Descripción de la muestra en el embarazo en función de variables psicológicas.

	n	%	*M*	*DT*
Historia personal de trastorno psicológico				
No	481	85,7		
Sí	80	14,3		
Cuál trastorno (*n* = 80)				
Depresión	28	35,0		
Ansiedad	24	30,0		
Depresión y ansiedad	11	13,8		
Anorexia/bulimia	3	3,8		
Otros/No sabe/No contesta	14	14,4		
En los embarazos anteriores empeoró su estado de ánimo (n = 227)				
No	191	84,1		
Sí	36	15,9		
Ansiedad Rasgo			18,01	8,63
No	529	94,3		
Sí	32	5,7		
Síndrome Premenstrual	40	7,1		
Trastorno Disfórico Premenstrual	6	1,1		
Apoyo social (DUKE)			48,22	7,79
Bajo	25	4,5		
Normal	536	95,5		

Con respecto a las variables psicológicas que se evaluaron en cada trimestre de gestación (Tabla 24), en el primer trimestre, el 0,7% (n = 4) de las gestantes informó haber recibido o estar recibiendo algún tratamiento psicológico, mientras que en el segundo y tercer trimestre lo informaron el 0,9% (n = 5) de las embarazadas. Concretamente, el 0,4% (n = 2) estaban recibiendo tratamiento para la depresión, mientras que en el segundo y tercer trimestre estas mujeres suponían el 0,2% (n = 1) y el 0,5% (n = 3), respectivamente.

En los tres trimestres también se evaluó la ansiedad estado mediante la STAI y el estrés percibido con la PSS. Con respecto a la ansiedad estado, se halló una puntuación media de 16,84 (*DT* = 10,23) en el primer trimestre, 14,16 (*DT* = 8,93) en el segundo y 15,86 (*DT* = 9,90) en el tercero. Utilizando el punto de corte de la escala, se halló que un 10,0% (n = 56) de la muestra presentaba un nivel elevado de ansiedad estado en el primer trimestre de embarazo frente al 5,2% (n = 29) y el 7,3% (n = 41) observado en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. Para el estrés percibido, la puntuación media hallada en el primer trimestre fue de 18,24 (*DT* = 7,61), 16,36 (*DT* = 7,82) en el segundo y 17,21 (*DT* = 7,94) en el tercero.

Tabla 24. Ansiedad estado e ideación suicida en el embarazo.

	1º Trimestre		2º Trimestre		3º Trimestre	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Tratamiento psicológico						
No	557	99,3	556	99,1	556	99,1
Sí	4	0,7	5	0,9	5	0,9
Motivo tratamiento						
Ansiedad	2	0,4	3	0,5	1	0,2
Depresión	2	0,4	1	0,2	3	0,5
Psicosis	-	-	1	0,2	1	0,2
Tratamiento por depresión						
No	559	99,6	560	99,8	558	99,5
Sí	2	0,4	1	0,2	3	0,5
Ansiedad Estado						
No	505	90,0	532	94,8	520	92,7
Sí	56	10,0	29	5,2	41	7,3
Ideación suicida						
EPDS (Ítem nº 10)	2	0,4	1	0,2	1	0,2
A veces	1	0,2	1	0,2	1	0,2
Sí, bastante a menudo	1	0,2	0	0	0	0

Para valorar la ideación suicida, se tuvo en cuenta la contestación afirmativa a las opciones de respuesta “sí, bastante a menudo”, “a veces” de la pregunta número diez de la EPDS. En concreto, el 0,4% (n = 2) respondió afirmativamente en el primer trimestre de embarazo y el 0,2% (n = 1) en el segundo y tercero, respectivamente.

2. VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO (EPDS) COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO PARA LA DEPRESIÓN ANTENATAL EN ESPAÑA

La validación de la EPDS en el embarazo se llevó a cabo en la muestra de 569 gestantes que completaron las evaluaciones en los tres trimestres de embarazo.

Al utilizar las curvas ROC para establecer el punto de corte más adecuado para la EPDS (Tabla 25), en función de los valores de sensibilidad (sens.), especificidad (espec.), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y precisión general (OA), se halló que el punto de corte de la EPDS específico por trimestre que obtuvo la mejor combinación de dichos parámetros para el diagnóstico de depresión combinada fue ≥ 9 en el primer trimestre del embarazo y ≥10 en el segundo y tercero respectivamente. Por otro lado, el área bajo la curva (AUC) fue de 0,76 en el primer trimestre y 0,89 en el segundo y tercero, respectivamente.

Tabla 25. Valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y precisión general para diferentes puntos de corte de la EPDS en el primer, segundo y tercer trimestre de embarazo para la depresión combinada (mayor y menor).

	AUC (95% CI)	EPDS	Sens. (%)	Espec. (%)	VPP (%)	VPN (%)	OA (%)
Primer trimestre (8-14 semanas)	0,76 (0,72-0,79)	≥ 8	75,0	61,1	12,7	97,0	62,0
		≥ 9	**67,5**	**70,9**	**14,9**	**96,7**	**70,7**
		≥ 10	52,5	78,8	15,7	95,7	77,0
		≥ 11	45,0	84,7	18,1	95,3	81,9
Segundo trimestre (20-24 semanas)	0,89 (0,86-0,92)	≥ 8	92,6	72,1	14,9	99,5	73,1
		≥ 9	85,2	79,5	18,0	99,0	79,8
		≥ 10	**81,5**	**86,0**	**23,4**	**98,9**	**85,8**
		≥ 11	66,7	89,5	25,0	98,1	88,4
Tercer trimestre (32-36 semanas)	0,89 (0,87-0,92)	≥ 8	90,6	74,3	18,4	99,2	75,2
		≥ 9	81,3	77,7	18,8	98,5	77,9
		≥ 10	**78,1**	**81,9**	**21,6**	**98,3**	**81,7**
		≥ 11	68,8	87,3	25,7	97,8	86,3

Así mismo, siguiendo los mismos criterios utilizados para establecer los puntos de corte específicos por trimestre, se determinó el punto de corte más idóneo de la EPDS para el embarazo en general. Se halló que el punto de corte de la EPDS ≥10 fue el que obtuvo la

mejor combinación de los valores de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y precisión general para el diagnóstico de depresión combinada en el embarazo en general (Tabla 26).

Con el punto de corte ≥ 9 en el primer trimestre, se detectó al 67,5% de las mujeres con depresión combinada. Con el punto de corte ≥ 10 en el segundo y tercer trimestre, se detectaron el 81,5% y el 78,1% de las mujeres con depresión combinada, respectivamente. Finalmente, con el punto de corte de 10 o más, se detectó el 72,4% de las mujeres con depresión combinada durante el embarazo. Si se optara por evaluar solo depresión mayor, el punto de corte de la EPDS que mejor combinación de valores obtuvo fue de 11 o más.

Con respecto a la fiabilidad test-retest, las correlaciones entre las puntuaciones de EPDS fueron las siguientes: entre T1 (primer trimestre) y T2 (segundo trimestre), r = 0,68 (p <0,001); entre T1 y T3 (tercer trimestre), r = 0,65 (p <0,001); y entre T2 y T3, r = 0,75 (p <0,001).

El trabajo completo de validación de la EPDS puede verse en Vázquez y Míguez (2019).

Tabla 26. Valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos y precisión general para diferentes puntos de corte de la EPDS en todo el embarazo para la depresión combinada (mayor y menor).

AUC (95% IC)	EPDS	Sens. (%)	Espec. (%)	VPP (%)	VPN (%)	OA (%)
0,76 (0,72-0,79)	≥ 8	86,2	65,7	13,8	98,7	66,8
	≥ 9	75,9	72,2	14,8	97,9	72,4
	≥ 10	**72,4**	**79,3**	**18,2**	**97,8**	**78,9**
	≥ 11	69,0	85,6	23,4	97,7	84,7

3. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y VARIABLES ASOCIADAS

3.1. DATOS DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO

3.1.1. Prevalencia de la depresión en el primer trimestre

Los datos de prevalencia de la depresión se aportan siguiendo diferentes criterios. Para evaluar la prevalencia de sospecha de depresión se ha utilizado la EPDS con un punto de corte ≥ 10 y ≥ 11. Para evaluar la prevalencia de depresión mayor y depresión combinada se ha utilizado la entrevista clínica estructurada (SCID) para los trastornos del eje I del DSM-IV. Si tenemos en cuenta la muestra final de embarazadas (N = 561), la prevalencia (Figura 3) de sintomatología depresiva elevada o sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo obtenida con la EPDS ≥ 10 se situó en un 23,0% de la muestra (n = 129) y con la EPDS ≥ 11 fue del 17,1% (n = 96). Con la entrevista SCID la prevalencia de depresión combinada fue del 7,1% (n = 40) y la de depresión mayor fue del 5,2% (n = 29).

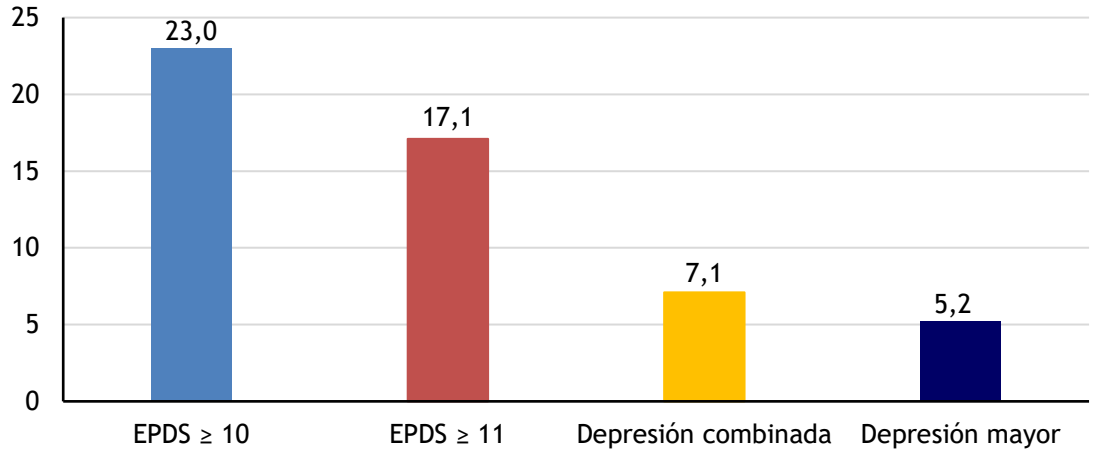

Figura 3. Prevalencia de la depresión en el primer trimestre de embarazo

A continuación, en cada momento de evaluación, se ha utilizado como variable dependiente la sospecha de depresión evaluada con la EPDS ≥ 10 y la depresión mayor evaluada con la SCID, como criterios para conocer las variables independientes asociadas.

3.1.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre

3.1.2.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin sospecha de depresión respecto a las mujeres con sospecha de depresión en función de variables sociodemográficas (Tabla 27), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 8,248$, $p = 0,004$, V de Cramer = 0,12), en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 14,632$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,16), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 5,722$, $p = 0,017$, V de Cramer = 0,10), la influencia del embarazo en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 14,644$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,16) y los ingresos mensuales ($\chi^2_{(1, 561)} = 11,078$, $p = 0,001$, V de Cramer = 0,15). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre es mayor el porcentaje de aquellas que tienen una edad inferior o igual a los 30 años (41,1% vs. 27,8%), que sólo tienen estudios primarios o secundarios (68,2% vs. 49,1%), que están en situación de desempleo (32,6% vs. 22,2%), que perciben que el embarazo influyó negativamente en su situación laboral (31,8% vs. 16,4%) y que tienen ingresos mensuales personales inferiores o iguales a los 1000 euros (66,4% vs. 48,1%). Por contra, no se hallaron diferencias significativas en función del estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,116$, $p < 0,363$).

Tabla 27. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 432)		Sí depresión (n = 129)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					8,248	0,004	0,12
≤ 30	120	27,8	53	41,1			
> 30	312	72,2	76	58,9			
Estado civil					1,116	0,363	
Sin pareja	20	4,6	9	7,0			
Casada/vive en pareja	412	95,4	120	93,0			
Nivel de estudios					14,632	<0,001	0,16
Primarios/Secundarios	212	49,1	88	68,2			
Universitarios	220	50,9	41,0	31,8			
Situación laboral					5,722	0,017	0,10
Trabaja	336	77,8	87	67,4			
No trabaja (baja, desempleo, etc…)	96	22,2	42	32,6			
El embarazo influyó en su situación laboral negativamente					14,644	<0,001	0,16
No	361	83,6	88	68,2			
Sí	71	16,4	41	31,8			
Ingresos mensuales personales (euros)					11,078	0,001	0,15
≤ 1000	181	48,1	71	66,4			
> 1000	195	51,9	36	33,6			

Con respecto a la media de edad, se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)}$ = 2,184, p = 0,029, d Cohen = 0,25), pues las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo tienen menor edad (32,01 vs. 33,04) que las mujeres sin sospecha de depresión.

3.1.2.2. Variables relacionadas con el embarazo

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 28), se encuentran diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)}$= 4,876, p = 0,027, V de Cramer = 0,09), de la existencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 12,024, p = 0,001, V de Cramer = 0,15), de si se quedaron embarazadas con la ayuda de algún tratamiento de fertilidad ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 5,840, p = 0,018, V de Cramer = 0,10) y de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 22,530, p <0,001, V de Cramer = 0,2).

Tabla 28. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 432)		Sí depresión (n = 129)				
	n	%	*n*	%	x²	*p*	V de Cramer
Paridad					4,876	0,027	0,09
Primíparas	268	62,0	66	51,2			
Multíparas	164	38,0	63	48,8			
Abortos previos					12,024	0,001	0,15
No	334	77,3	80	62,0			
Sí	98	22,7	49	38,0			
Planificación del embarazo					1,944	0,163	
No	56	13,0	23	17,8			
Sí	376	87,0	106	82,2			
Tratamiento de fertilidad					5,840	0,018	0,10
No	395	91,4	126	97,7			
Sí	37	8,6	3	2,3			
Reacción al confirmar embarazo					22,530	<0,001	0,20
Positiva	414	95,8	108	83,7			
Negativa	18	4,2	21	16,3			
Complicación en el embarazo					2,953	0,086	
No	402	93,1	114	88,4			
Sí	30	6,9	15	11,6			

Concretamente, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que son multíparas (48,8% vs. 38,0%), que tuvieron abortos previos (38,0% vs.

22,7%) y que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (16,3% vs. 4,2%). Con respecto a las mujeres que recurrieron a algún tratamiento de fertilidad par conseguir el embarazo actual, llama la atención que no presentan depresión en mayor proporción que las mujeres que lo consiguieron de manera natural (2,3% vs. 8,6%).

No se hallaron diferencias significativas ni en función de la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,944$, $p = 0,163$), ni de la presencia de compliaciones durante el mismo ($\chi^2_{(1, 561)} = 2,953$, $p = 0,086$).

3.1.2.3. Variables relacionadas con la salud

Cuando se compara a las mujeres en función del consumo de bebidas y tabaco en el primer trimestre (Tabla 29), no se hallan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas. Concretamente, con respecto al consumo de bebidas durante la semana, no se hallaron diferencias en función del consumo de café/té ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,570$, $p = 0,450$) y alcohol ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,760$, $p = 0,185$). Igualmente, no se hallaron diferencias significativas en el consumo durante el fin de semana de café/té ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,025$, $p = 0,874$) y alcohol ($\chi^2_{(1, 561)} = 2,832$, $p = 0,092$). Tampoco hubo diferencias entre ambos grupos de mujeres en el consumo de tabaco ($\chi^2_{(1, 561)} = 2,276$, $p = 0,131$). Con respecto al sobrepeso, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,857$, $p = 0,062$).

Tabla 29. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de variables relacionadas con la salud.

	No depresión (n = 432)		Sí depresión (n = 129)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Consumo de café/té semana					0,570	0,450
No	198	45,8	64	49,6		
Sí	234	54,2	65	50,4		
Consumo de café/té fin de semana					0,025	0,874
No	231	53,5	70	54,3		
Sí	201	46,5	59	45,7		
Consumo de alcohol/semana					1,760	0,185
No	420	97,2	128	99,2		
Sí	12	2,8	1	0,8		
Consumo de alcohol/fin de semana					2,832	0,092
No	377	87,3	105	81,4		
Sí	55	12,7	24	18,6		
Consumo de tabaco					2,276	0,131
No	342	79,2	94	72,9		
Sí	90	20,8	35	27,1		
Sobrepeso					3,857	0,062
No	279	64,6	71	55,0		
Sí	153	35,4	58	45,0		

3.1.2.4. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre ambos grupos de mujeres en función de variables psicológicas (Tabla 30), se han encontrado diferencias significativas respecto a la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1,561)} = 17,561$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,18), de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1,561)} = 9,254$, $p = 0,002$, V de Cramer = 0,13) y del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1,561)} = 4,131$, $p < 0,042$, V de Cramer = 0,14). Las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo presentan en mayor porcentaje antecedentes de trastornos psicológicos (25,6% vs. 10,9%) y antecedentes de depresión (13,2% vs. 5,3%). Así mismo, las multíparas con sospecha de depresión infomaron con mayor frecuencia de un empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos (23,8% vs. 12,8%) que las mujeres sin sospecha de depresión.

Tanto el estar recibiendo tratamiento por la presencia de algún trastorno psicológico en general como por la presencia de depresión en particular, no fue incluido en los análisis, pues el 100% de estas mujeres presentan sospecha de depresión.

Tabla 30. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 432)		Sí depresión (n = 129)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					17,561	<0,001	0,18
No	385	89,1	96	74,4			
Sí	47	10,9	33	25,6			
Antecedente de depresión					9,254	0,002	0,13
No	409	94,7	112	86,8			
Sí	23	5,3	17	13,2			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					4,131	0,042	0,14
No	143	87,2	48	76,2			
Sí	21	12,8	15	23,8			
Ansiedad Rasgo					51,833	<0,001	0,30
No	424	98,1	105	81,4			
Sí	8	1,9	24	18,6			
Ansiedad Estado					82,416	<0,001	0,38
No	416	96,3	89	69,0			
Sí	16	3,7	40	31,0			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					36,068	<0,001	0,25
No	413	95,6	102	79,1			
Sí	19	4,4	27	20,9			

Por otro lado, respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Se hallaron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)} = 51,833$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,30), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)} = 82,416$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,38) y de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)} = 36,068$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,25).

En concreto, las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo presentan en mayor porcentaje ansiedad rasgo (18,6% vs. 1,9%), ansiedad estado (31,0% vs. 3,7%) y síndrome premenstrual y/o disfórico (20,9% vs. 4,4%).

Al comparar las medias obtenidas en los distintos tests psicológicos (Figura 4) se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)} = -15,210$, $p < 0,001$, d Cohen = -1,57), la ansiedad estado ($t_{(561)} = -14,836$, $p < 0,001$, d Cohen = -1,53), el estrés percibido ($t_{(561)} = -15,198$, $p < 0,001$, d Cohen = -1,63) y la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)} = -7,553$, $p < 0,001$, d Cohen = -0,90). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en todas las variables evaluadas ($p < 0,001$): ansiedad rasgo (26,55 vs. 15,46), ansiedad estado (26,78 vs. 13,88), estrés percibido (25,42 vs. 16,10) y presencia de síntomas premenstruales (15,0 vs. 9,32).

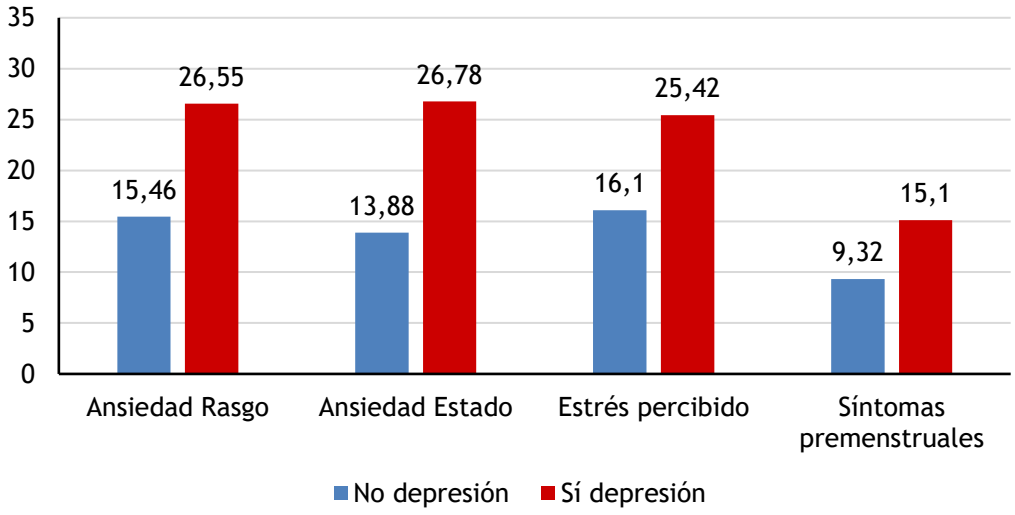

Figura 4. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

3.1.3. Predictores de la sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo

Con el fin de conocer cuáles son las variables que predicen la sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo, se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante. Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de depresión (EPDS ≥ 10, sí/ EPDS < 10, no) y como variables independientes la edad (≤ 30/ > 30), el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la situación laboral (trabaja/no trabaja), la influencia del embarazo en la situación laboral (no influencia/sí influencia), los ingresos mensuales personales (≤ 1000 euros/ > 1000 euros), la paridad (no hijos/as/sí hijos/as), los abortos previos (sí/no), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), los antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), la ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), el síndrome premenstrual/disfórico (sí/no) y la puntuación total en estrés percibido.

Los resultados hallados muestran que el nivel de ingresos, los abortos previos, la ansiedad estado y las puntuaciones en estrés percibido son los predictores de la sospecha de depresión en el primer trimestre del embarazo (Tabla 31). En concreto, tener un nivel de ingresos inferior o igual a los 1000 euros (OR = 2,25), haber tenido abortos previos (OR = 2,57), tener ansiedad estado elevada (OR = 3,87) y una mayor percepción de estrés (OR = 1,28) aumenta las posibilidades de presentar sospecha de depresión en el primer trimestre de gestación.

Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,333 y un R^2 de Nagelkerke de 0,510.

Tabla 31. Predictores de la sospecha de depresión en el primer trimestre.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Nivel de ingresos ≤ 1000 euros	0,81	7,43	0,006	2,24 [1,26 – 4,01]
Tener abortos previos	0,94	9,20	0,002	2,57 [1,40- 4,73]
Ansiedad estado elevada	1,35	10,31	0,001	3,87 [1,69 – 8,84]
Estrés percibido elevado	0,24	63,09	< 0,001	1,28 [1,20 – 1,36]
Constante	- 7,44	93,88	< 0,001	0,001

3.1.4 Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre

3.1.4.1 Variables sociodemográficas

A continuación, se procederá a llevar a cabo la comparación entre las mujeres con depresión mayor y sin depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas (Tabla 32). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto al nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}408$, $p = 0{,}037$, V de Cramer = 0,09) y a la influencia del embarazo en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 8{,}777$, $p = 0{,}003$, V de Cramer = 0,13).

Tabla 32. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 532)		Sí depresión (n = 29)				
	n	%	*n*	%	x²	*p*	V de Cramer
Edad					0,190	0,663	
≤ 30	163	30,6	10	34,5			
> 30	369	69,4	19	65,5			
Estado civil					4,639	0,056	
Sin pareja	25	4,7	4	13,8			
Casada/vive en pareja	507	95,3	25	86,2			
Nivel de estudios					4,408	0,037	0,09
Primarios/Secundarios	279	52,4	21	72,4			
Universitarios	253	47,6	8	27,6			
Situación laboral					2,931	0,087	
Trabaja	405	76,1	18	62,1			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	127	23,9	11	37,9			
El embarazo influyó en su situación laboral negativamente					8,777	0,003	0,13
No	432	81,2	17	58,6			
Sí	100	18,8	12	41,4			
Ingresos mensuales personales (euros)					0,384	0,535	
≤ 1000	238	51,9	14	58,3			
> 1000	221	48,1	10	41,7			

En concreto, entre las mujeres con depresión es mayor el porcentaje de aquellas que tienen estudios primarios o secundarios (72,4% vs. 52,4%) y de las que han percibido que el embarazo influyó negativamente en su situación laboral (41,4% vs. 18,8%), es decir, que estaban de baja, habían sido despedidas, se les había adaptado/cambiado de puesto de trabajo o experimentaron menor rendimiento laboral debido a síntomas físicos.

No se hallaron diferencias signficativas entre ambos grupos en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}190$, $p = 0{,}663$), del estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}639$, $p = 0{,}056$), de la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}931$, $p = 0{,}087$) ni del nivel de ingresos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}584$, $p = 0{,}535$). Así mismo, la media de edad ($t_{(561)} = 0{,}858$, $p = 0{,}391$) no fue una variable significativa entre ambos grupos (32,07 vs. 32,84).

3.1.4.2 Variables relacionadas con el embarazo

Al comparar a las mujeres sin depresión mayor con respecto a las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 33), se encuentran diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 10{,}312$, $p = 0{,}002$, V de Cramer = 0,14) y de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 13{,}963$, $p = 0{,}002$, V de Cramer = 0,16). Concretamente, el porcentaje de mujeres multíparas (69,0% vs. 38,9%) y que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (24,1% vs. 6,0%) es significativamente más elevado entre las mujeres con depresión mayor.

Tabla 33. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 532)		Sí depresión (n = 29)				
	n	%	*n*	%	x²	*p*	V de Cramer
Paridad					10,312	0,002	0,14
Primíparas	325	61,1	9	31,0			
Multíparas	207	38,9	20	69,0			
Abortos previos					0,030	0,831	
No	393	73,9	21	72,4			
Sí	139	26,1	8	27,6			
Planificación del embarazo					2,556	0,163	
No	72	13,5	7	24,1			
Sí	460	86,5	22	75,9			
Tratamiento de fertilidad					0,626	0,713	
No	493	92,7	28	96,6			
Sí	39	7,3	1	3,4			
Reacción al confirmar embarazo					13,963	0,002	0,16
Positiva	500	94,0	22	75,9			
Negativa	32	6,0	7	24,1			
Complicación embarazo					0,052	0,819	
No	489	91,9	27	93,1			
Sí	43	8,1	2	6,9			

No se hallaron diferencias significativas en función de la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}030$, $p = 0{,}831$), de la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}556$, $p = 0{,}163$), de la utilización de algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}626$, $p = 0{,}713$), ni de la presencia de complicaciones durante el primer trimestre ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}052$, $p = 0{,}819$).

3.1.4.3. Variables relacionadas con la salud

Cuando se compara a las mujeres en función del consumo de bebidas y tabaco (Tabla 34) se hallan diferencias significativas entre ambos grupos en función del consumo de café/té tanto durante la semana ($\chi^2_{(1, 561)} = 6{,}255$, $p = 0{,}012$, V de Cramer = 0,11), como en el fin de semana ($\chi^2_{(1, 561)} = 6{,}292$, $p = 0{,}012$, V de Cramer = 0,11).

Tabla 34. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso.

	No depresión (n = 532)		Sí depresión (n = 29)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Consumo de café/té semana					6,255	0,012	0,11
No	255	47,9	7	24,1			
Sí	277	52,1	22	75,9			
Consumo de café/té fin de semana					6,292	0,012	0,11
No	292	54,9	9	31,0			
Sí	240	45,1	20	69,0			
Consumo de alcohol/semana					0,173	0,678	
No	520	97,7	28	96,6			
Sí	12	2,3	1	0,2			
Consumo de alcohol/fin de semana					1,104	0,293	
No	459	86,3	23	79,3			
Sí	73	13,7	6	20,7			
Consumo de tabaco					1,353	0,254	
No	416	78,2	20	69,0			
Sí	116	21,8	9	31,0			
Sobrepeso					1,482	0,223	
No	335	63,0	15	51,7			
Sí	197	37,0	14	48,3			

Concretamente, entre las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo es más elevado el porcentaje de aquellas que consumen café/té (75,9% vs. 52,1%) durante la semana y café/té (69,0% vs. 45,1%) el fin de semana. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con respecto al consumo de alcohol, tanto durante la semana ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,173$, $p = 0,678$) como el fin de semana ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,104$, $p = 0,293$), ni en el consumo de tabaco ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,353$, $p = 0,254$), ni en el sobrepeso ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,482$, $p = 0,223$).

3.1.4.4. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre las mujeres con depresión mayor y sin depresión mayor en el primer trimestre en función de variables psicológicas (Tabla 35), se han encontrado diferencias significativas en la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1, 561)} = 23,370$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,20), de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)} = 19,325$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,19) y del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 277)} = 6,022$, $p = 0,023$, V de Cramer = 0,16). Entre las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo es más elevado el porcentaje de aquella que tienen antecedentes de trastornos psicológicos (44,8% vs. 12,6%) y antecedentes de depresión (27,6% vs. 6,0%). Respecto a las multíparas, entre las que presentan depresión es mayor el porcentaje de las que informaron haber experimentado un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos (35,0% vs. 14,0%). Con respecto a aquellas mujeres que se encontraban a tratamiento psicológico (n = 4) o por depresión en el primer trimestre (n = 2), no se incluyeron en la tabla, pues ninguna de ellas presentaba depresión clínica.

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. De este modo, se encontraron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)} = 5,475$, $p < 0,019$, V de Cramer = 0,12), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)} = 8,582$, $p = 0,005$, V de Cramer = 0,14) y de la presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)} = 4,709$, $p = 0,024$, V de Cramer = 0,11). En concreto, las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre presentan en un mayor porcentaje ansiedad rasgo (17,2% vs. 5,1%), ansiedad estado (27,6% vs. 9,0%) y síndrome premenstrual y/o disfórico (20,7% vs. 7,5%).

Al comparar las puntuaciones medias obtenidas en los distintos tests psicológicos (Figura 5) entre las mujeres sin depresión mayor respecto a las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre, se halló que este último grupo obtiene puntuaciones medias más elevadas en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -6,101, p < 0,001, d Cohen = -1,16), de la ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -6,068, p < 0,001, d Cohen = -1,16), del estrés percibido ($t_{(561)}$ = -6,318, p < 0,001, d Cohen = -1,30) y de la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -5,290, p < 0,001, d Cohen = -0,88). Concretamente, las mujeres con depresión mayor obtienen puntuaciones medias más elevadas en ansiedad rasgo (27,24 vs. 17,51), ansiedad estado (27,72 vs. 16,25), estrés percibido (26,66 vs. 17,79) y síntomas premenstruales (15,69 vs. 10,38).

Tabla 35. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 532)		Sí depresión (n = 29)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					23,370	<0,001	0,20
No	465	87,4	16	55,2			
Sí	67	12,6	13	44,8			
Antecedentes de depresión					19,325	<0,001	0,19
No	500	94,0	21	72,4			
Sí	32	6,0	8	27,6			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					6,022	0,023	0,16
No	178	86,0	13	65,0			
Sí	29	14,0	7	35,0			
Ansiedad Estado					10,547	0,005	0,14
No	484	91,0	21	72,4			
Sí	48	9,0	8	27,6			
Ansiedad Rasgo					7,568	0,019	0,12
No	505	94,9	24	82,8			
Sí	27	5,1	5	17,2			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					6,338	0,024	0,11
No	492	92,5	23	79,3			
Sí	40	7,5	6	20,7			

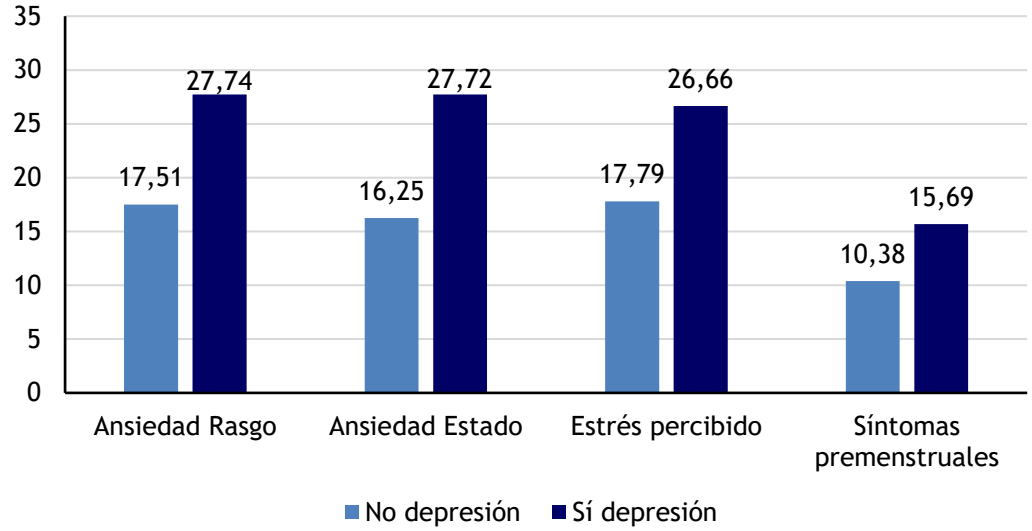

Figura 5. Características de las mujeres con depresión mayor en el primer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

3.1.5. Predictores de la depresión mayor en el primer trimestre de embarazo

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer cuales son las variables que predicen la depresión mayor en el primer trimestre. Como variable dependiente se utilizó el estatus de depresión mayor (sí depresión/no depresión) y como variables independientes el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la influencia del embarazo en la situación laboral (sí influencia/no influencia), la paridad (sí hijos/as/no hijos/as), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), el consumo de café y té durante la semana (sí/no), el consumo de café y té durante el fin de semana (sí/no), los antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), la ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), el síndrome premenstrual/disfórico (sí/no) y la puntuación total en estrés percibido.

Los resultados hallados muestran que la paridad, los antecedentes de trastorno psicológico y las puntuaciones en estrés percibido son los predictores de la depresión mayor en el primer trimestre de embarazo (Tabla 36). En concreto, tener hijos (OR = 1,19), presentar antecedentes de trastorno psicológico, siendo los más frecuentes depresión y ansiedad (OR = 3,75) y tener puntuaciones elevadas en estrés percibido (OR = 1,17), aumenta las posibilidades de tener depresión mayor en el primer trimestre del embarazo (Tabla 34). Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,093 y un R^2 de Nagelkerke de 0,279.

Tabla 36. Predictores de la depresión mayor en el primer trimestre.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Ser multípara	1,05	5,74	<0,001	1,19 [1,12 - 1,26]
Antecedentes de trastorno psicológico	1,32	9,41	0,002	3,75 [1,61 - 8,71]
Estrés percibido elevado	0,16	23,75	< 0,001	1,17 [1,10 - 1,24]
Constante	-7,79	67,87	< 0,001	0,000

3.2. DATOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO

A continación se expondrán los datos de prevalencia de la sospecha de depresión para un punto de corte en la EPDS ≥ 10 y ≥ 11, así como de la depresión mayor y combinada.

3.2.1. Prevalencia de la depresión en el segundo trimestre de embarazo

La prevalencia (Figura 6) de sintomatología depresiva elevada o sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo obtenida con la EPDS ≥ 10 se situó en un 17,1% de la muestra (n = 96) y con la EPDS ≥ 11 fue del 13,0% (n = 73). Con la entrevista SCID, la prevalencia de depresión mayor fue del 3,9% (n = 22) y de depresión combinada del 4,6% (n = 26).

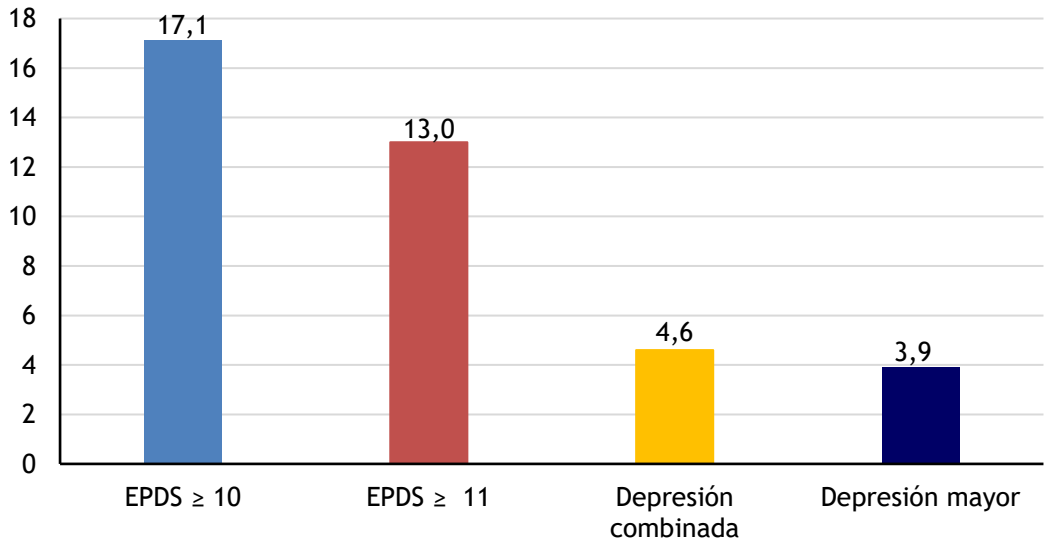

Figura 6. Prevalencia de la depresión en el segundo trimestre de embarazo

A continuación, se ha utilizado como variable dependiente la sospecha de depresión evaluada con la EPDS ≥ 10 y la depresión mayor, como criterios para conocer las variables independientes asociadas.

3.2.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre

3.2.2.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin sospecha de depresión con respecto a las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas (Tabla 37), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 7{,}652$, $p = 0{,}006$, V de Cramer = 0,12), el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 15{,}759$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,17), la influencia del embarazo en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 25{,}045$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,21) y el nivel de ingresos ($\chi^2_{(1, 561)} = 7{,}211$, $p = 0{,}007$, V de Cramer = 0,12). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que tienen una edad igual o inferior a los 30 años (42,7% vs. 28,4%), que sólo tienen estudios primarios o secundarios (71,9% vs. 49,7%) y que perciben que el embarazo influyó negativamente en su situación laboral (46,9% vs. 22,2%). Concretamente, estas mujeres informaron estar de baja laboral a causa del embarazo, haber sido despedidas o no renovadas en su contrato y haber sido cambiadas de puesto, así como rendir menos debido a los síntomas físicos asociados al embarazo. Así mismo, entre las mujeres con sospecha de depresión fue mayor el porcentaje de las que tenían unos ingresos mensuales personales iguales o inferiores a los 1000 euros (65,5% vs. 49,4%).

Tabla 37. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 465)		Sí depresión (n = 96)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					7,652	0,006	0,12
≤ 30	132	28,4	41	42,7			
> 30	333	71,6	55	57,3			
Estado civil					0,276	0,559	
Sin pareja	23	4,9	6	6,3			
Casada/vive en pareja	442	95,1	90	93,8			
Nivel de estudios					15,759	<0,001	0,17
Primarios/Secundarios	231	49,7	69	71,9			
Universitarios	234	50,3	27	28,1			
Situación laboral					1,303	0,254	
Trabaja	355	76,3	68	70,8			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	110	23,7	28	29,2			
El embarazo influyó en su situación laboral negativamente					25,045	<0,001	0,21
No	362	77,8	51	53,1			
Sí	103	22,2	45	46,9			
Ingresos mensuales personales (euros)					7,211	0,007	0,12
≤ 1000	197	49,4	55	65,5			
> 1000	202	50,6	29	34,5			

No se encontraron diferencias significativas en función del estado civil ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,276, p = 0,559) ni de la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 1,303, p = 0,254).

Con respecto a la media de edad, se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)}$ = -2,502, p < 0,013, d Cohen = 0,28). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión tienen menor edad (31,71 vs. 33,03) que las mujeres sin sospecha de depresión.

3.2.2.2. Variables relacionadas con el embarazo

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 38), se encuentran diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)}$= 6,491, p = 0,011, V de Cramer = 0,11), de la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 4,363, p = 0,037, V de Cramer = 0,09) y de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 5,511, p = 0,019, V de Cramer = 0,10). Entre las mujeres con sospecha de depresión, es significativamente mayor el porcentaje de multíparas (52,1% vs. 38,1%) y de las que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (12,5% vs. 5,8%).

Tabla 38. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 465)		Sí depresión (n = 96)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					6,491	0,011	0,11
Primíparas	288	61,9	46	47,9			
Multíparas	177	38,1	50	52,1			
Abortos previos					0,046	0,829	
No	344	74,0	70	72,9			
Sí	121	26,0	26	27,1			
Planificación del embarazo					4,363	0,037	0,09
No	59	12,7	20	20,8			
Sí	406	87,3	76	79,2			
Tratamiento de fertilidad					1,536	0,278	
No	429	92,3	92	95,8			
Sí	36	7,7	4	4,2			
Reacción al confirmar embarazo					5,511	0,019	0,10
Positiva	438	94,2	84	87,5			
Negativa	27	5,8	12	12,5			
Complicación embarazo					2,925	0,087	
No	396	85,2	75	78,1			
Sí	69	14,8	21	21,9			

Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}046$, $p = 0{,}829$), de haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}536$, $p = 0{,}278$) y de haber tenido alguna complicación durante el primer y segundo trimestre ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}925$, $p = 0{,}087$).

3.2.2.3. Variables relacionadas con la salud

Cuando se compara a las mujeres sin sospecha de depresión y con sospecha de depresión en el segundo trimestre en función del consumo de bebidas y tabaco (Tabla 39), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas. En concreto, con respecto al consumo de bebidas durante la semana no se hallaron diferencias en el consumo de café/té ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}406$, $p = 0{,}524$) ni alcohol ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}833$, $p = 0{,}362$). Igualmente, no se hallaron diferencias si se tiene en cuenta el consumo durante el fin de semana de café/té ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}533$, $p = 0{,}216$) y alcohol ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}024$, $p = 0{,}877$). En relación al consumo de tabaco, tampoco se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2_{(1, 561)} = 3{,}220$, $p = 0{,}073$).

Tabla 39. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso.

	No depresión (n = 465)		Sí depresión (n = 96)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Consumo de café/té semana					0,406	0,524	
No	220	47,3	42	43,8			
Sí	245	52,7	54	56,3			
Consumo de café/té fin de semana					1,533	0,216	
No	255	54,8	46	47,9			
Sí	210	45,2	50	52,1			
Consumo de alcohol/semana					0,833	0,362	
No	453	97,4	95	99,0			
Sí	12	2,6	1	1,0			
Consumo de alcohol/fin de semana					0,024	0,877	
No	400	86,0	82	85,4			
Sí	65	14,0	14	14,6			
Consumo de tabaco					3,220	0,073	
No	364	78,3	67	69,8			
Sí	101	21,7	29	30,2			
Sobrepeso					4,236	0,040	0,09
No	299	64,3	51	53,1			
Sí	166	35,7	45	46,9			

Con respecto al sobrepeso se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres ($\chi^2_{(1, 277)} = 4{,}236$, $p = 0{,}040$, V de Cramer = 0,09), pues las mujeres con sospecha de depresión en el 2º trimestre de embarazo presentan en mayor porcentaje sobrepeso al inicio del mismo (46,9% vs. 35,7%).

3.2.2.4. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre mujeres sin sospecha de depresión con respecto a las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre en función de variables psicológicas (Tabla 40), se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en función de la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1, 561)} = 18{,}209$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,18), de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)} = 15{,}907$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,17) y del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 277)} = 15{,}815$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,26). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión presentan en mayor porcentaje antecedentes personales de trastornos psicológicos (28,1% vs. 11,4%), concretamente de depresión (16,7% vs. 5,2%). Así mismo, las multíparas con sospecha de depresión informan en mayor porcentaje que experimentaron un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos (34,0% vs. 10,7%).

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas: ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)} = 42{,}734$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,28), ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)} = 74{,}415$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,36) y presencia de síndrome premenstrual/disfórico ($\chi^2_{(1, 561)} = 11{,}031$, $p = 0{,}001$, V de Cramer = 0,14). Por tanto, las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo presentaron en mayor porcentaje ansiedad rasgo (19,8% vs. 2,8%), ansiedad estado (22,9% vs. 1,5%) y síndrome premenstrual/disfórico (16,7% vs. 6,5%).

También se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos (Figura 7) al comparar las puntuaciones medias obtenidas en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)} = -11{,}40$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = -1,25), de la ansiedad estado ($t_{(561)} = -14{,}53$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = -1,49), del estrés percibido ($t_{(561)} = -15{,}20$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = -1,81) y de la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)} = -7{,}59$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = -0,77). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre obtienen puntuaciones medias más

elevadas en ansiedad rasgo (26,22 vs. 16,32), ansiedad estado (24,34 vs. 12,06), estrés percibido (25,60 vs. 14,45) y síntomas premenstruales (15,23 vs. 9,71).

Tabla 40. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 465)		Sí depresión (n = 96)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					18,209	<0,001	0,18
No	412	88,6	69	71,9			
Sí	53	11,4	27	28,1			
Antecedentes de depresión					15,907	<0,001	0,17
No	441	94,8	80	83,3			
Sí	24	5,2	16	16,7			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					15,815	<0,001	0,26
No	158	89,3	33	66,0			
Sí	19	10,7	17	34,0			
Ansiedad Rasgo					42,734	<0,001	0,28
No	452	97,2	77	80,2			
Sí	13	2,8	19	19,8			
Ansiedad Estado					74,415	<0,001	0,36
No	458	98,5	74	77,1			
Sí	7	1,5	22	22,9			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					11,031	0,001	0,14
No	435	93,5	80	83,3			
Sí	30	6,5	16	16,7			

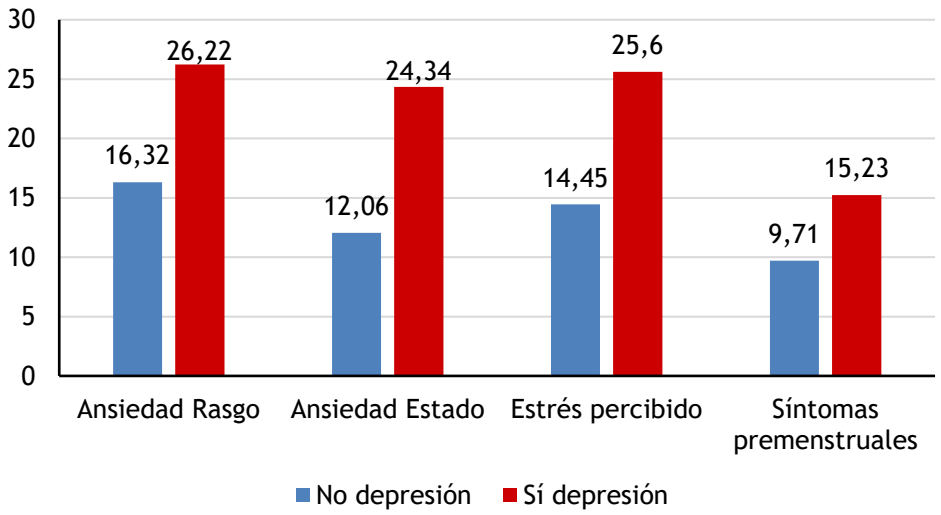

Figura 7. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el segundo trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos

3.2.3. Predictores de la sospecha de depresión en el segundo trimestre

Con el fin de conocer cuales son las variables que predicen la sospecha de depresión en el segundo trimestre de gestación, se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante. Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de depresión (EPDS ≥ 10, sí/ EPDS < 10, no) y como variables independientes, aquellas que mostraron relación significativa: la edad (≤ 30/ >30), nivel de estudios (universitarios/no universitarios), influencia del embarazo en la situación laboral (no influencia/sí influencia), nivel de ingresos (≤ 1000/>1000), paridad (no hijos/as/sí hijos/as), planificación del embarazo (sí/no), reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), sobrepeso (sí/no), antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), síndrome premenstrual/disfórico (sí/no) y puntuación total en estrés percibido. Además, se incluyeron todas las variables psicológicas que obtuvieron diferencias significativas en el primer trimestre (sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad rasgo, ansiedad estado y estrés percibido).

Tabla 41. Predictores de la sospecha de depresión en el segundo trimestre.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Estudios primarios/secundarios	1,04	7,78	0,006	2,82 [1,34 – 5,94]
Sospecha de depresión en el 1º trimestre	2,23	29,56	< 0,001	9,29 [4,16 – 20,75]
Depresión mayor en el 1º trimestre	1,63	5,26	0,022	5,09 [3,15 – 20,44]
Ansiedad estado elevada en el 1º trimestre	1,57	10,14	0,001	4,82 [1,83 – 12,67]
Mayor percepción de estrés en el 1º trimestre	0,14	12,23	< 0,001	1,15 [1,06 – 1,25]
Mayor percepción de estrés en el 2º trimestre	0,30	52,17	< 0,001	1,35 [1,24 – 1,46]
Constante	- 7,10	58,10	< 0,001	0,001

Los resultados hallados muestran que el nivel de estudios, la sospecha de depresión, la depresión mayor, la ansiedad estado y las puntuaciones en estrés percibido son los predictores de la sospecha de depresión en el segundo trimestre del embarazo (Tabla 41). En concreto, tener estudios primarios/secundarios (OR = 2,82) y tener en el primer trimestre sospecha de depresión (OR = 9,29), depresión mayor (OR = 6,21), ansiedad estado elevada (OR = 4,77) y una mayor percepción de estrés (OR = 1,15), aumenta las posibilidades de presentar sospecha de depresión en el segundo trimestre de gestación. Así mismo, una mayor percepción de

estrés en el segundo trimestre (OR = 1,35) también resultó ser una variable predictora de la sospecha de depresión en este momento. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,374 y un R^2 de Nagelkerke de 0,620.

3.2.4. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre

3.2.4.1. Variables sociodemográficas

Con respecto a las variables sociodemográficas, cuando comparamos a las mujeres sin depresión mayor respecto a las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo (Tabla 42), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)}$= 18,839, p < 0,001, V de Cramer = 0,18), el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)}$= 7,393, p = 0,008, V de Cramer = 0,12), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 11,071, p = 0,001, V de Cramer = 0,14), la influencia del embarazo en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 12,614, p = 0,001, V de Cramer = 0,15) y el nivel de ingresos ($\chi^2_{(1, 561)}$= 7,211, p = 0,007, V de Cramer = 0,12).

En concreto, entre las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre, es más elevado el porcentaje de aquellas que sólo tienen estudios primarios o secundarios (81,8% vs. 52,3%) y que no trabajan o están en paro (54,5% vs. 23,4%). Así mismo, entre las mujeres que han percibido que el embarazo influyó en su situación laboral, es decir, entre aquellas que estaban de baja, habían sido despedidas, se les había adaptado/cambiado de puesto de trabajo o experimentaron menor rendimiento laboral debido a síntomas físicos, el porcentaje de las que tienen depresión fue mayor (59,1% vs. 25,0%). Igualmente, entre las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre es superior el porcentaje de aquellas que tienen ingresos mensuales personales inferiores o iguales a los 1000 euros (65,5% vs. 49,4%). Con respecto al estado civil, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,718, p = 0,316).

Con respecto a la media de edad (Figura 8), se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)}$ = 3,845, p < 0,001, d Cohen = 0,82). Concretamente, se halló que en el grupo de mujeres con depresión mayor la media de edad es estadísticamente inferior respecto a las mujeres sin depresión mayor (29,05 vs. 32,96).

Tabla 42. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 539)		Sí depresión (n = 22)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					18,839	<0,001	0,18
≤ 30	157	29,1	16	72,7			
> 30	382	70,9	6	27,3			
Estado civil					0,718	0,316	
Sin pareja	27	5,0	2	9,1			
Casada/vive en pareja	512	95,0	20	90,9			
Nivel de estudios					7,393	0,008	0,12
Primarios/Secundarios	282	52,3	18	81,8			
Universitarios	257	47,7	4	18,2			
Situación laboral					11,071	0,001	0,14
Trabaja	413	76,6	10	45,5			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	126	23,4	12	54,5			
El embarazo influyó en su situación laboral negativamente					12,614	0,001	0,15
No	404	75,0	9	40,9			
Sí	135	25,0	13	59,1			
Ingresos mensuales personales (euros)					7,211	0,007	0,12
≤ 1000	197	49,4	55	65,5			
> 1000	202	50,6	29	34,5			

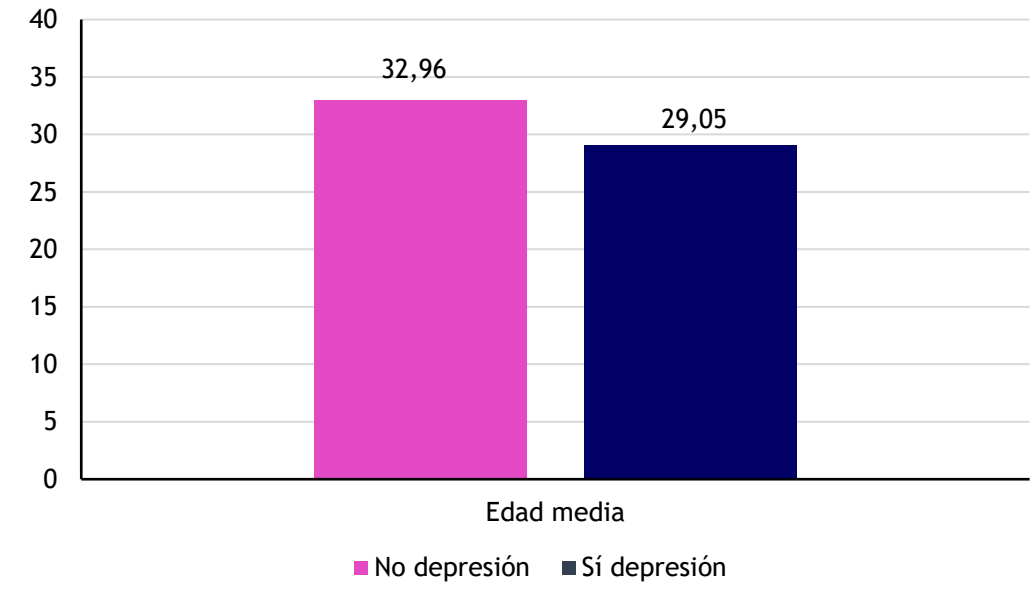

Figura 8. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de la edad

3.2.4.2. Variables relacionadas con el embarazo

Al comparar a las mujeres con depresión mayor y sin depesión mayor en el segundo trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 43), se encuentran diferencias significativas en función de la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 5{,}953$, $p = 0{,}024$, V de Cramer = 0,10) y de la presencia de complicaciones durante el mismo ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}231$, $p = 0{,}040$, V de Cramer = 0,09). En concreto, el porcentaje de mujeres que no planificaron la gestación (31,8% vs. 13,4%) y que tuvieron alguna complicación durante el embarazo (31,8% vs. 15,4%) es significativamente más elevado entre las que presentan depresión mayor.

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}864$, $p = 0{,}353$), la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}014$, $p = 0{,}907$), ni de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}464$, $p = 0{,}059$). Los datos correspondientes al hecho de haber recurrido a un tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual no fueron incluidos por la ausencia de casos en una de las categorías.

Tabla 43. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 539)		Sí depresión (n = 22)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					0,864	0,353	
Primíparas	323	59,9	11	50,0			
Multíparas	216	40,1	11	50,0			
Abortos previos					0,014	0,907	
No	398	73,8	16	72,7			
Sí	141	26,2	6	27,3			
Planificación del embarazo					5,953	0,024	0,10
No	72	13,4	7	31,8			
Sí	467	86,6	15	68,2			
Reacción al confirmar embarazo					4,464	0,059	
Positiva	504	93,5	18	81,8			
Negativa	35	6,5	4	18,2			
Complicación en el embarazo					4,231	0,040	0,09
No	456	84,6	15	68,2			
Sí	83	15,4	7	31,8			

3.2.4.3 Variables relacionadas con la salud

Cuando se compara a las mujeres sin depresión y con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas y tabaco (Tabla 44), no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas. Concretamente, no se hallaron diferencias con respecto al consumo de café/té durante la semana ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}983$, $p = 0{,}221$) ni el fin de semana ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}619$, $p = 0{,}431$). Tampoco se hallaron diferencias con respecto al consumo de tabaco ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}238$, $p = 0{,}193$) ni en función del sobrepeso al inicio del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}498$, $p = 0{,}221$).

Con respecto al consumo de alcohol, no se llevarona cabo los análisis debido a la ausencia o existencia de tan solo un caso en alguna de las categorías.

Tabla 44. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso.

	No depresión (n = 539)		Sí depresión (n = 22)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Consumo de café/té semana					0,983	0,221
No	254	47,1	8	36,4		
Sí	285	52,9	14	63,6		
Consumo de café/té fin de semana					0,619	0,431
No	291	54,0	10	45,5		
Sí	248	46,0	12	54,5		
Consumo de tabaco					2,238	0,193
No	417	77,4	14	63,6		
Sí	122	22,6	8	36,4		
Sobreppeso					1,498	0,221
No	339	62,9	11	50,0		
Sí	200	37,1	11	50,0		

3.2.4.4. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre mujeres sin depresión mayor y con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables psicológicas (Tabla 45), se han encontrado diferencias significativas en la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1, 561)} = 18{,}224$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,18), de la presencia de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)} = 14{,}030$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,16) y en el

empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 277)} = 12{,}966$, $p = 0{,}003$, V de Cramer = 0,24). Entre las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre es más elevado el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastornos psicológicos (45,5% vs. 13,0%) y de depresión (27,3% vs. 6,3%). Respecto a las multíparas, entre las que presentan depresión es mayor el porcentaje de aquellas que experimentaron un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos (54,5% vs. 13,9%). No se incluyeron en los análisis el estar recibiendo tratamiento por la presencia de algún trastorno psicológico en general o por la presencia de depresión en particular debido a la ausencia de casos en alguna de las categorías.

Tabla 45. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 539)		Sí depresión (n = 22)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					18,224	<0,001	0,18
No	469	87,0	12	54,5			
Sí	70	13,0	10	45,5			
Antecedentes de depresión					14,030	<0,001	0,16
No	505	93,7	16	72,7			
Sí	34	6,3	6	27,3			
Empeoramiento del estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					12,966	0,003	0,24
No	186	86,1	5	45,5			
Sí	30	13,9	6	54,5			
Ansiedad Rasgo					40,217	<0,001	0,27
No	515	95,5	14	63,6			
Sí	24	4,5	8	36,4			
Ansiedad Estado					33,172	<0,001	0,24
No	517	95,9	15	68,2			
Sí	22	4,1	7	31,8			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					11,066	0,006	0,14
No	499	92,6	16	72,7			
Sí	40	7,4	6	27,3			

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. De este modo, se obtuvieron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)} = 40{,}217$, $p <$

0,001, V de Cramer = 0,27), de la ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$= 33,172, p < 0,001, V de Cramer = 0,24) y de la presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$= 11,066, p = 0,006, V de Cramer = 0,14). Por tanto, las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo presentaron en un porcentaje más elevado ansiedad rasgo (36,4% vs. 4,5%), ansiedad estado (31,8% vs. 4,1%) y síndrome premenstrual y/o disfórico (27,3% vs. 7,4%).

Así mismo, se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones medias obtenidas en los distintos test psicológicos (Figura 9) al comparar ambos grupos en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -7,217, p < 0,001, d Cohen = -1,78), la ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -6,042, p < 0,001, d Cohen = -1,10), el estrés percibido ($t_{(561)}$ = -7,953, p < 0,001, d Cohen = -1,82) y de la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -3,5813, p < 0,001, d Cohen = -0,84). Concretamente, las mujeres con depresión mayor tienen niveles más elevados de ansiedad rasgo (30,32 vs. 17,51), ansiedad estado (24,82 vs. 13,73), estrés percibido (28,27 vs. 15,87) y síntomas premenstruales (16,05 vs. 10,43).

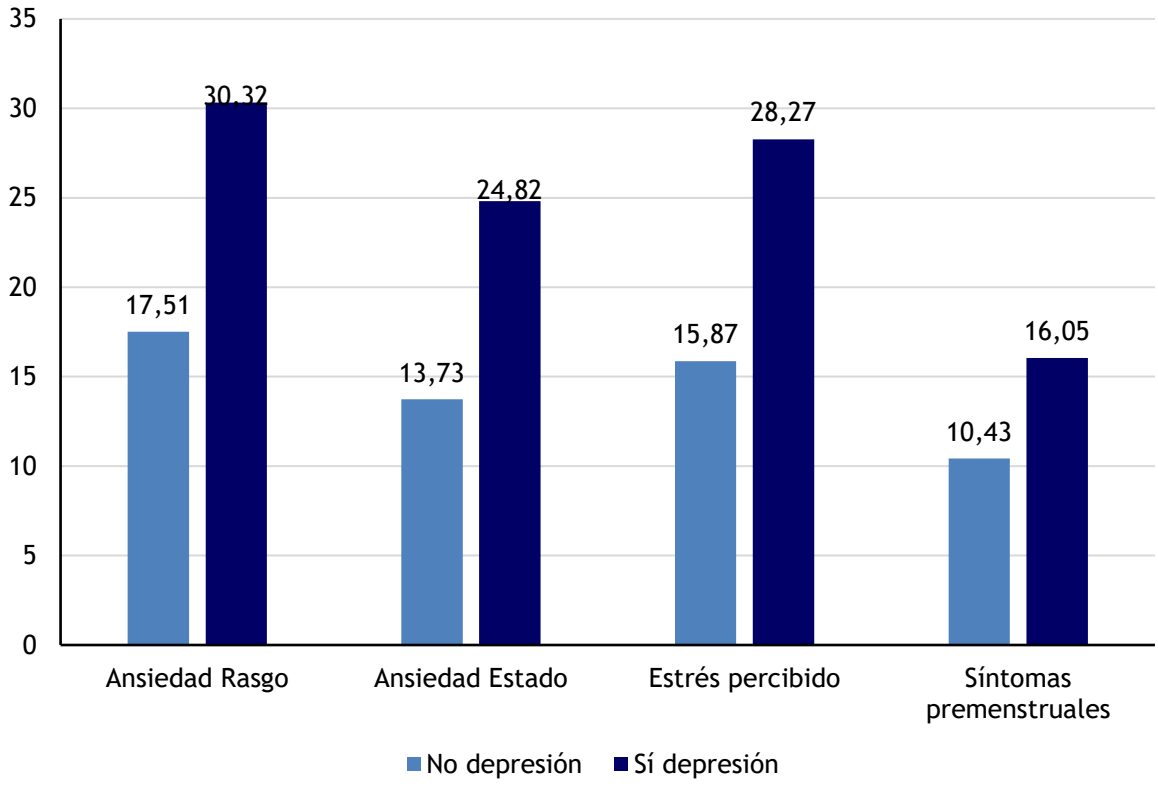

Figura 9. Características de las mujeres con depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos

3.2.5. Predictores de la depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la depresión mayor en el segundo trimestre de embarazo. Como variable dependiente se utilizó el estatus de depresión mayor (sí depresión/no depresión) y como variables independientes la edad (≤ 30/ >30), el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la situación laboral (trabaja/no trabaja), la influencia del embarazo en la situación laboral (no influencia/sí influencia), el nivel de ingresos (≤1000/>1000), la planificación del embarazo (sí/no), la presencia de complicaciones en el embarazo (sí/no), los antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo), la ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), el síndrome premenstrual/disfórico (sí/no) y la puntuación total en estrés percibido. Además, se incluyeron las variables psicológicas que obtuvieron diferencias significativas en el primer trimestre (sospecha de depresión, ansiedad estado y estrés percibido).

Los resultados hallados muestran que la edad, los antecedentes de trastorno psicológico y las puntuaciones en estrés percibido son los predictores de la depresión mayor en el segundo trimestre del embarazo (Tabla 46). En concreto, tener una edad igual o inferior a los 30 años (OR = 5,24), haber tenido algún trastorno psicológico a lo largo de la vida, siendo depresión y ansiedad los más frecuentes (OR = 3,93) y tener una mayor percepción de estrés en el segundo trimestre (OR = 1,23) aumenta las posibilidades de presentar depresión mayor en el segundo trimestre de gestación. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,113 y un R^2 de Nagelkerke de 0,450.

Tabla 46. Predictores de la depresión mayor en el segundo trimestre.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Edad ≤ 30 años	1,66	6,22	0,013	5,24 [1,43 – 19,26]
Tener antecedentes de trastorno psicológico	1,37	4,17	0,041	3,93 [1,06 – 14,61]
Mayor percepción de estrés en el 2º trimestre	0,21	17,31	<0,001	1,23 [1,12 – 1,36]
Constante	-9,98	43,84	<0,001	0,000

3.3. DATOS DEL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

A continación se expondrán los datos de prevalencia de la sospecha de depresión para un punto de corte en la EPDS ≥ 10 y ≥ 11, así como de la depresión mayor y combinada. Posteriormente, se utilizará como variable dependiente la sospecha de depresión, evaluada con la EPDS ≥ 10, y la depresión mayor evaluada con la SCID, para conocer las variables asociadas.

3.3.1. Prevalencia de la depresión en el tercer trimestre de embarazo

La prevalencia (Figura 10) de sintomatología depresiva elevada o sospecha de depresión obtenida con la EPDS ≥10, se situó en un 20,9% de la muestra (n = 117) y con la EPDS ≥11 en un 15,5% (n = 87). Con la entrevista SCID la prevalencia de depresión combinada fue del 5,5% (n = 31) y de depresión mayor fue del 4,6% (n = 26).

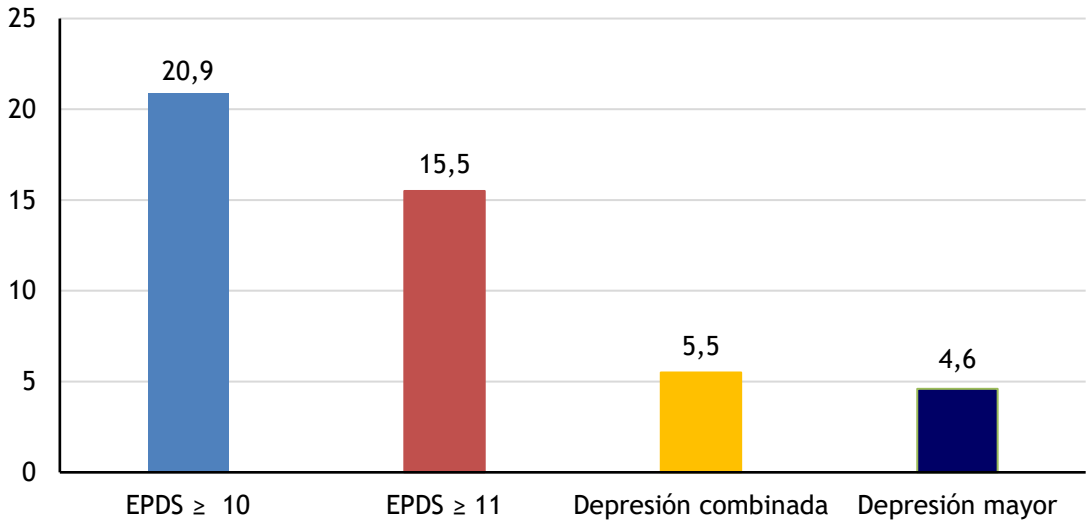

Figura 10. Prevalencia de la depresión en el tercer trimestre de embarazo

3.2.2. Caracerísticas de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre

3.3.2.1. Variables sociodemográficas

Al comparar a las mujeres sin sospecha de depresión con respecto a las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas

(Tabla 47), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 9,042, p =0,003, V de Cramer = 0,13) y la influencia del embarazo en la situación laboral ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 4,800, p =0,028, V de Cramer = 0,09). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que sólo tienen estudios primarios o secundarios (65,8% vs. 50,2%) y que perciben que el embarazo influyó de forma negativa en su situación laboral (46,2% vs. 35,1%).

No se hallaron diferencias significativas en función de la edad ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 2,425; p = 0,119), el estado civil ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 0,200; p = 0,641), la situación laboral ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 3,034; p = 0,082) y los ingresos mensuales personales ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 2,052; p = 0,152).

Tabla 47. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 444)		Sí depresión (n = 117)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					2,425	0,119	
≤ 30	130	29,3	43	36,8			
> 30	314	70,7	74	63,2			
Estado civil					0,200	0,641	
Sin pareja	22	5,0	7	6,0			
Casada/vive en pareja	422	95,0	110	94,0			
Nivel de estudios					9,042	0,003	0,13
Primarios/Secundarios	223	50,2	77	65,8			
Universitarios	221	49,8	40	34,2			
Situación laboral					3,034	0,082	
Trabaja	342	77,0	81	69,2			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	102	23,0	36	30,8			
El embarazo influyó en su situación laboral negativamente					4,800	0,028	0,09
No	288	64,9	63	53,8			
Sí	156	35,1	54	46,2			
Ingresos mensuales personales (euros)					2,052	0,152	
≤ 1000	194	50,5	58	58,6			
> 1000	190	49,5	41	41,4			

Con respecto a la media de edad, se hallaron diferencias significativas ente ambos grupos ($t_{(561)}$ = 2,182, p = 0,030, d Cohen = 0,22), pues las mujeres con sospecha de depresión tienen menor edad (31,96 vs. 33,03) que las mujeres sin sospecha de depresión.

3.3.2.2 Variables relacionadas con el embarazo

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 48), se encuentran diferencias significativas en función de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 10,331, p =0,001, V de Cramer = 0,14) y de la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 9,452, p =0,002, V de Cramer = 0,13).

Tabla 48. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 444)		Sí depresión (n = 117)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					1,435	0,231	
Primíparas	270	60,8	64	54,7			
Multíparas	174	39,2	53	45,3			
Abortos previos					0,153	0,695	
No	326	73,4	88	75,0			
Sí	118	26,6	29	24,8			
Planificación del embarazo					3,799	0,051	
No	56	12,6	23	19,7			
Sí	388	87,4	94	80,3			
Tratamiento de fertilidad					3,075	0,080	
No	408	91,9	113	96,6			
Sí	36	8,1	4	3,4			
Reacción al confirmar embarazo					10,331	0,001	0,14
Positiva	421	94,8	101	86,3			
Negativa	23	5,2	16	13,7			
Complicación embarazo					3,197	0,74	
No	353	79,5	84	71,8			
Sí	91	20,5	33	28,2			
Asistencia a clases de educación maternal					9,452	0,002	0,13
No	148	33,3	57	48,7			
Sí	296	66,7	60	51,3			
Intención de dar el pecho					0,254	0,614	
No	79	18,0	23	20,0			
Sí	361	82,0	92	80,0			

Con el objetivo de determinar si la presencia de sospecha de depresión en el último trimestre podría influir en la ganancia de peso del feto, se presenta a continuación la comparación entre las mujeres sin y con sospecha de depresión en función del peso que tuvo

el/a recién nacido/a (Tabla 49). En este caso, no se hallaron diferencias significativas ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 3,956, p = 0,047, V de Cramer = 0,08) entre ambos grupos de mujeres (29,9 vs. 24,5). Tampoco se hallaron diferencias significativas ($t_{(561)}$ = 0,635, p = 0,526) entre ambos grupos (3251,37 vs. 3282,59) con respecto al peso medio en gramos del/a recién nacido/a.

Tabla 49. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre en función del peso del/a recién nacido/a.

	No depresión (n = 444)		Sí depresión (n = 117)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Peso del/a recién nacido/a					1,397	0,237
≤ 3000	109	24,5	35	29,9		
> 3000	335	75,5	82	70,1		

3.3.2.3. Variables relacionadas con la salud

Cuando se compara a las mujeres en función del consumo de bebidas y tabaco (Tabla 50) no se encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas. Con respecto a las bebidas, no se hallaron diferencias en el consumo de bebidas durante la semana, tales como café/té ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,241, p = 0,623) y alcohol ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 1,397, p = 0,237). Así mismo, tampoco se hallaron diferencias al comparar a ambos grupos en función del consumo durante el fin de semana de café/té ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,619, p = 0,431), alcohol ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,547, p = 0,459) y tabaco ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,073, p = 0,787). Respecto a la presencia de sobrepeso al inicio del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,413, p = 0,521), tampoco se halló significación estadística.

Tabla 50. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso.

	No depresión (n = 444)		Sí depresión (n = 117)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Consumo de café/té semana					0,241	0,623
No	205	46,2	57	48,7		
Sí	239	53,8	60	51,3		
Consumo de café/té fin de semana					0,619	0,431
No	242	54,5	59	50,4		
Sí	202	45,5	58	49,6		
Consumo de alcohol/semana					1,397	0,237
No	432	97,3	116	99,1		
Sí	12	2,7	1	0,9		
Consumo de alcohol/fin de semana					0,547	0,459
No	379	85,4	103	88,0		
Sí	65	14,6	14	12,0		
Consumo de tabaco					0,073	0,787
No	343	77,3	89	76,1		
Sí	101	22,7	28	23,9		
Sobepeso					0,413	0,521
No	280	63,1	70	59,8		
Sí	164	36,9	47	40,2		

3.3.2.4. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre mujeres sin sospecha y con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas (Tabla 51), se han encontrado diferencias significativas con respecto a la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1, 561)} = 15{,}660$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,17), de la presencia de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)} = 12{,}225$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,15) y del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos anteriores ($\chi^2_{(1, 277)} = 5{,}774$, $p = 0{,}16$, V de Cramer = 0,16). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre presentan en mayor porcentaje antecedentes de trastornos psicológicos (25,6% vs. 11,3%) y de depresión (14,5% vs. 5,2%). Así mismo, las multíparas con sospecha de depresión informaron en mayor proporción haber experimentado un empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos (26,4% vs. 12,6%).

El estar recibiendo tratamiento psicológico y por depresión no fueron incluidos por no haber casos en alguna de las condiciones de depresión.

Tabla 51. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 444)		Sí depresión (n = 117)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					15,660	<0,001	0,17
No	394	88,7	87	74,4			
Sí	50	11,3	30	25,6			
Anteceddentes de depresión					12,225	<0,001	0,15
No	421	94,8	100	85,5			
Sí	23	5,2	17	14,5			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					5,774	0,016	0,16
No	152	87,4	39	73,6			
Sí	22	12,6	14	26,4			
Ansiedad Rasgo					41,208	<0,001	0,27
No	433	97,5	96	82,1			
Sí	11	2,5	21	17,9			
Ansiedad Estado					87,657	<0,001	0,40
No	435	98,0	85	72,6			
Sí	9	2,0	32	27,4			
Apoyo Social (Duke)					29,508	<0,001	0,23
Bajo	9	2,0	16	13,7			
Normal	435	98,0	101	86,3			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					22,082	<0,001	0,20
No	420	94,6	95	81,2			
Sí	24	5,4	22	18,8			

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Por tanto, se hallaron diferencias entre ambos grupos en la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)}$= 41,208, p <0,001, V de Cramer = 0,27), ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$= 87,657, p <0,001, V de Cramer = 0,40), antecedentes de síndrome premenstrual/disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$= 22,082, p <0,001, V de Cramer = 0,20) y percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 22,082, p <0,001, V de Cramer = 0,23). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo presentaron en mayor proporción ansiedad rasgo (17,9% vs. 2,5%), ansiedad estado (27,4% vs. 2,0%), así como síndrome premenstrual y/o disfórico (18,8% vs. 5,4%) y menor percepción de apoyo social (13,7% vs. 2,0%).

También se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (Figura 11) en función de las puntuaciones medias obtenidas en ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -11,681, p < 0,001, d Cohen = -1,18), ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -11,899, p < 0,001, d Cohen = -1,34), estrés percibido ($t_{(561)}$ = -14,896, p < 0,001, d Cohen = -1,59), apoyo social percibido ($t_{(561)}$ = 9,924, p < 0,001, d Cohen = 1,14), y presencia de antecedentes de síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -7,267, p < 0,001, d Cohen = -0,81).

Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre obtienen puntuaciones medias más elevadas en ansiedad rasgo (22,45 vs. 16,05), ansiedad estado (25,80 vs. 13,24), estrés percibido (25,44 vs. 15,04) y síntomas premenstruales (15,10 vs. 9,48). Así mismo, entre las mujeres con sospecha de depresión las puntuaciones medias fueron significativamente más bajas en la escala de apoyo social Duke (41,09 vs. 50,09), pues a menor puntuación mayor percepción de falta de apoyo.

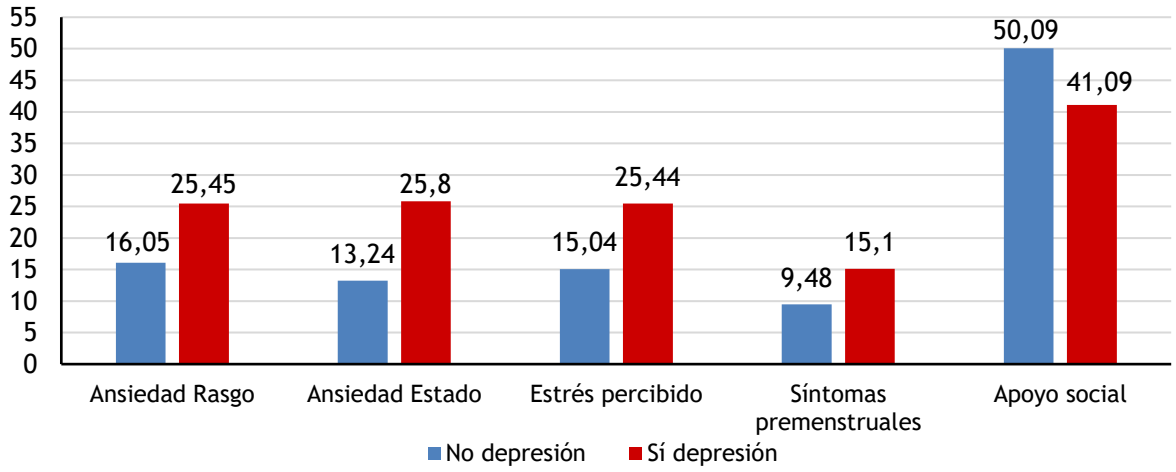

Figura 11. Características de las mujeres con sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

3.3.3. Predictores de la sospecha de depresión en el tercer trimestre de embarazo

Con el fin de conocer cuáles son las variables que predicen la sospecha de depresión en el tercer trimestre de gestación, se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante. Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de depresión (EPDS ≥ 10, sí/ EPDS < 10, no) y como variables independientes la media de edad, el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la influencia del embarazo en la situación laboral (no influencia/sí influencia), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), la asistencia a clases de educación maternal (sí/no), los antecedentes de trastorno psicológico (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo baja), la ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), el síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), la puntuación total en estrés percibido, la percepción de apoyo social (percepción normal de apoyo social/baja percepción de apoyo social). Además, se incluyeron las variables que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad estado y estrés).

Los resultados hallados muestran que la depresión mayor, la sospecha de depresión, la ansiedad estado y las puntuaciones en estrés percibido son los predictores de la sospecha de depresión en el tercer trimestre del embarazo (Tabla 52). En concreto, haber tenido depresión mayor en el primer trimestre (OR = 3,98) y sospecha de depresión en el segundo (OR = 5,95), así como tener ansiedad estado elevada (OR = 3,45) y una mayor percepción de estrés (OR = 1,20) en el tercer trimestre, aumenta las posibilidades de sospecha de depresión en el tercer trimestre de gestación. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,351 y un R^2 de Nagelkerke de 0,548.

Tabla 52. Predictores de la sospecha de depresión en el tercer trimestre.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Depresión mayor en el 1º trimestre	1,38	6,03	0,014	3,98 [1,32 – 11,98]
Sospecha de depresión en el 2º trimestre	1,78	32,36	< 0,001	5,95 [3,22 – 11,00]
Ansiedad estado elevada en el 3º trimestre	1,24	6,93	0,008	3,45 [1,37 – 8,66]
Mayor percepción de estrés en el 3ºtrimestre	0,18	46,38	< 0,001	1,20 [1,14 – 1,26]
Constante	- 5,66	95,21	< 0,001	0,003

3.3.4. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre

3.3.4.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin depresión mayor con respecto a las mujeres con depresión mayor en función de variables sociodemográficas (Tabla 53), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 18{,}842$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,18), el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 6{,}025$, $p = 0{,}015$, V de Cramer = 0,10) y la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 9{,}484$, $p = 0{,}002$, V de Cramer = 0,13). En concreto, entre las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre es más elevado el porcentaje de aquellas que tienen una edad igual o inferior a los 30 años (69,2% vs. 29,0%), que sólo tienen estudios primarios o secundarios (76,9% vs. 52,3%) y que no trabajan (50,0% vs. 23,4%).

Tabla 53. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 535)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					18,842	<0,001	0,18
≤ 30	155	29,0	18	69,2			
> 30	380	71,0	8	30,8			
Estado civil					0,354	0,638	
Sin pareja	27	5,0	2	7,7			
Casada/vive en pareja	508	95,0	24	92,3			
Nivel de estudios					6,025	0,015	0,10
Primarios/Secundarios	280	52,3	20	76,9			
Universitarios	255	47,7	6	23,1			
Situación laboral					9,484	0,002	0,13
Trabaja	410	76,6	13	50,0			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	125	23,4	13	50,0			
El embarazo influyó en su situación laboral negativamente					0,885	0,347	
No	337	63,0	14	53,8			
Sí	198	37,0	12	46,2			
Ingresos mensuales personales (euros)					0,956	0,328	
≤ 1000	240	51,7	12	63,2			
> 1000	224	48,3	7	36,8			

No se hallaron diferencias en función del estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,354$, $p = 0,638$), el nivel de ingresos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,956$, $p = 0,328$) y la influencia del embarazo en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,885$, $p = 0,347$).

Con respecto a la media de edad (Figura 12), se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)} = 4,482$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,86), pues las mujeres con depresión mayor tienen una edad media menor (28,81 vs. 33,33).

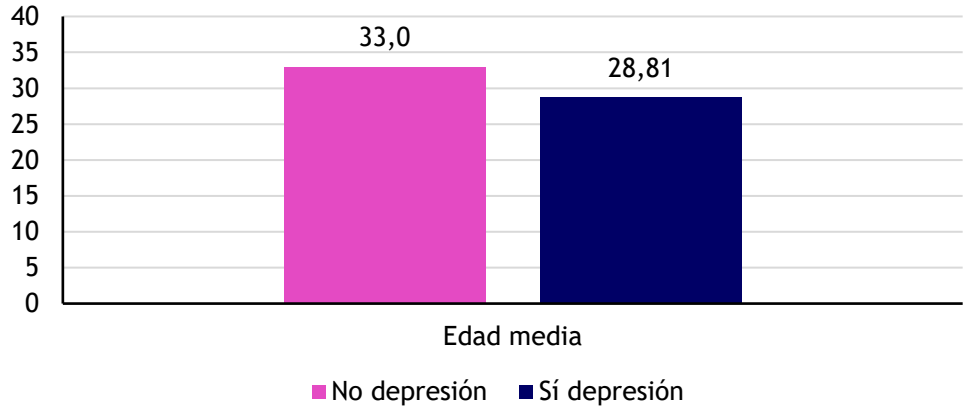

Figura 12. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de la edad.

3.3.4.2. Variables relacionadas con el embarazo

Al comparar ambos grupos de mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 54), se encuentran diferencias significativas en función de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 6,355$, $p = 0,028$, V de Cramer = 0,11), de la presencia de complicaciones en el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 13,323$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,15) y de la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1, 561)} = 5,259$, $p = 0,022$, V de Cramer = 0,10).

Concretamente, entre las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre es significativamente más elevado el porcentaje de aquellas que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (19,2% vs. 6,4%), que tuvieron alguna complicación durante el mismo (50,0% vs. 20,7%) y que no estaban asistiendo a clases de educación maternal (57,7% vs. 35,5%).

No se hallaron diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,045$, $p = 0,831$), los abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,007$, $p = 0,932$), la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,716$, $p = 0,076$), así como en la intención de dar el pecho ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,046$, $p = 0,830$).

Tabla 54. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 535)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					0,045	0,831	
Primíparas	318	59,4	16	61,5			
Multíparas	217	40,6	10	38,5			
Abortos previos					0,007	0,932	
No	395	73,8	19	73,1			
Sí	140	26,2	7	26,9			
Planificación del embarazo					3,716	0,076	
No	72	13,5	7	26,9			
Sí	463	86,5	19	73,1			
Reacción al confirmar embarazo					6,355	0,028	0,11
Positiva	501	93,6	21	80,8			
Negativa	34	6,4	5	19,2			
Complicación embarazo					13,323	<0,001	0,15
No	424	79,3	13	50,0			
Sí	111	20,7	13	50,0			
Asistencia a clases de educación maternal					5,259	0,022	0,10
No	190	35,5	15	57,7			
Sí	345	64,5	11	42,3			
Intención de dar el pecho					0,046	0,830	
No	97	18,3	5	20,0			
Sí	433	81,7	20	80,0			

Para determinar si la depresión mayor en el último trimestre podría influir en la ganancia de peso del feto, se muestra en este momento la comparación entre las mujeres sin y con depresión mayor en función del peso que tuvo el/a recién nacido/a (Tabla 55). En concreto, se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres ($\chi^2_{(1, 561)} = 3{,}956$, $p = 0{,}047$, V de Cramer = 0,08), pues las mujeres con depresión mayor en el 3º trimestre tienen en un porcentaje más elevado, hijos/as con un peso inferior o igual a los 3000 gramos (42,3% vs. 24,9%). Con respecto al peso medio en gramos del/a recién nacido/a, no se hallaron diferencias significativas ($t_{(561)} = 0{,}258$, $p = 0{,}797$) entre ambos grupos (3253,69 vs. 3277,22).

Tabla 55. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre en función del/a peso del recién nacido/a

	No depresión (n = 535)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Peso recién nacido/a					3,956	0,047	0,08
≤ 3000	133	24,9	11	42,3			
> 3000	402	75,1	15	57,7			

3.3.4.3. Variables relacionadas con la salud

Cuando se compara a las mujeres con depresión mayor y sin depresión mayor en el tercer trimestre en función del consumo de bebidas y tabaco (Tabla 56), se encuentran diferencias significativas en el consumo de tabaco ($\chi^2_{(1, 561)} = 8,258$, $p = 0,004$, V de Cramer = 0,12), pues el porcentaje de mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre fue mayor entre las que eran fumadoras (46,2% vs. 21,9%).

Con respecto al consumo de bebidas durante la semana, no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ni el consumo de café/té ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,744$, $p = 0,388$) ni de alcohol ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,647$, $p = 0,421$). Durante el fin de semana, tampoco se hallaron diferencias en relación al consumo de café/té ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,617$, $p = 0,432$) y alcohol ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,920$, $p = 0,337$). Igualmente, no se hallaron diferencias en función de la presencia de sobrepeso al inicio del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,062$, $p = 0,080$).

Tabla 56. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función del consumo de bebidas, tabaco y sobrepeso.

	No depresión (n = 535)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Consumo de café/té semana					0,744	0,388	
No	252	47,1	10	38,5			
Sí	283	52,9	16	61,5			
Consumo de café/té fin de semana					0,617	0,432	
No	289	54,0	12	46,2			
Sí	246	46,0	14	53,8			
Consumo de alcohol/semana					0,647	0,421	
No	522	97,6	26	100,0			
Sí	13	2,4	0	0,0			
Consumo de alcohol/fin de semana					0,920	0,337	
No	458	85,6	24	92,3			
Sí	77	14,4	2	7,7			
Consumo de tabaco					8,258	0,004	0,12
No	418	78,1	14	53,8			
Sí	117	21,9	12	46,2			
Sobrepeso					3,062	0,080	
No	338	63,2	12	46,2			
Sí	197	36,8	14	53,8			

3.3.4.4. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre las mujeres con depresión mayor y sin depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas (Tabla 57), se han encontrado diferencias significativas en la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1,569)} = 22,682$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,20), de antecedentes de

depresión ($\chi^2_{(1,569)}$ = 16,130, p <0,001, V de Cramer = 0,17) y del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1,277)}$ = 9,138, p =0,011, V de Cramer = 0,20). Entre las mujeres con depresión es mayor el porcentaje de las que tienen antecedentes de trastornos psicológicos (46,2% vs. 12,7%), concretamente de depresión (26,9% vs. 6,2%). Respecto a las multíparas, entre las que presentan depresión es mayor el porcentaje de aquellas que informaron haber experimentado un empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos (50,0% vs. 14,3%). Con respecto al hecho de estar recibiendo tratamiento psicológico y/o por depresión no se han incluido los datos por la ausencia de casos en alguna de las condiciones de depresión.

Tabla 57. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 535)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					22,682	<0,001	0,20
No	467	87,3	14	53,8			
Sí	68	12,7	12	46,2			
Antecedentes de depresión					16,130	<0,001	0,17
No	502	93,8	19	73,1			
Sí	33	6,2	7	26,9			
Empeoramiento del estado de ánimo en embarazos anteriores (n= 227)					9,138	0,011	0,20
No	186	85,7	5	50,0			
Sí	31	14,3	5	50,0			
Ansiedad Rasgo					42,368	<0,001	0,28
No	512	95,7	17	65,4			
Sí	23	4,3	9	34,6			
Ansiedad Estado					30,010	<0,001	0,23
No	503	94,0	17	65,4			
Sí	32	6,0	9	34,6			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					12,697	0,003	0,15
No	496	92,7	19	73,1			
Sí	39	7,3	7	26,9			
Apoyo Social					13,977	0,004	0,16
Bajo	20	3,7	5	19,2			
Normal	515	96,3	21	80,8			

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se hallan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables analizadas. En concreto, se encontraron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 42,368, p

<0,001, V de Cramer = 0,28), ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 30,010, p < 0,001, V de Cramer = 0,23), de síndrome premenstrual/disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 12,697, p =0,003, V de Cramer = 0,15) y de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$= 13,977, p = 0,004, V de Cramer = 0,16). Por tanto, las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo presentaron en mayor porcentaje ansiedad rasgo (34,6% vs. 4,3%), ansiedad estado (34,6% vs. 6,0%), baja percepción de apoyo social (19,2% vs. 3,7%) y síndrome premenstrual y/o disfórico (26,9% vs. 7,3%).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas en los distintos test psicológicos (Figura 13), tales como ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -7,290, p < 0,001, d Cohen = -1,37), ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -4,367, p < 0,001, d Cohen = -1,06), estrés percibido ($t_{(561)}$ = -8,112, p < 0,001, d Cohen = -1,74), presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -3,997, p < 0,001, d Cohen = -0,79), así como en la percepción de apoyo social ($t_{(561)}$ = 3,740, p = 0,001, d Cohen = 0,84).

Concretamente, las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre obtienen puntuaciones medias más elevadas en ansiedad rasgo (29,54 vs. 17,45), ansiedad estado (29,04 vs. 15,22), estrés percibido (28,88 vs. 16,64) y síntomas premenstruales (15,81 vs. 10,40). Así mismo, las puntuaciones medias en apoyo social fueron significativamente más bajas entre las mujeres con depresión mayor (41,12 vs. 48,56), pues a menor puntuación, mayor percepción de falta de apoyo.

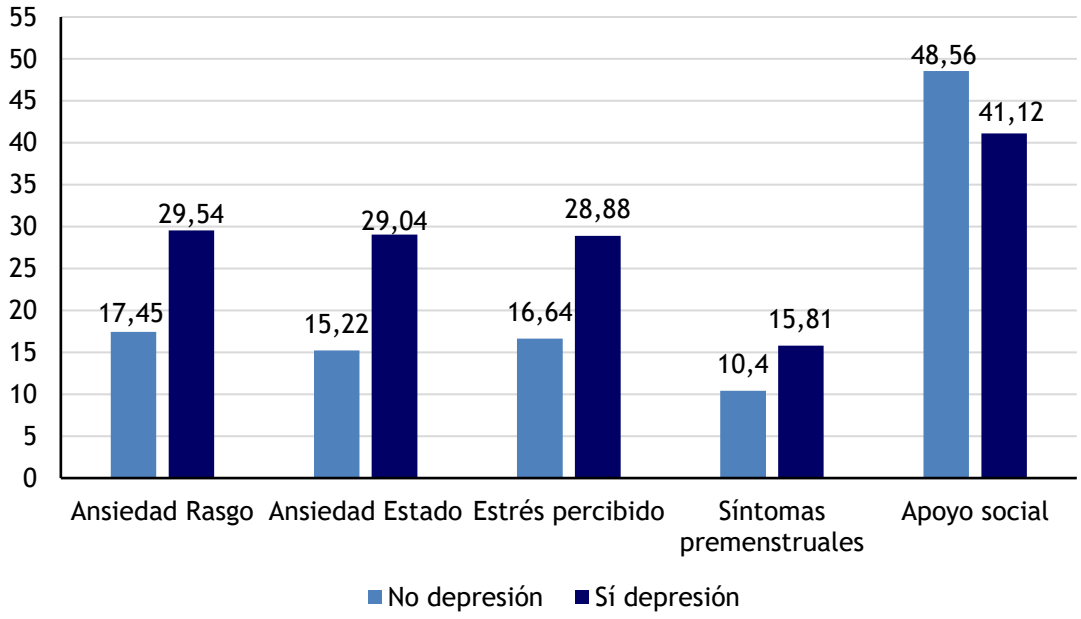

Figura 13. Características de las mujeres con depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

3.3.5. Predictores de la depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la presencia de depresión mayor en el tercer trimestre de embarazo. Como variable dependiente se utilizó el estatus de depresión mayor (sí depresión/no depresión) y como variables independientes la edad (≤ 30/ >30), nivel de estudios (universitarios/no universitarios), situación laboral (trabaja/no trabaja), reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), complicaciones en el embarazo (sí/no), asistencia a clases de educación maternal (sí/no), consumo de tabaco (sí/no), antecedente de trastorno psicológico (sí/no), ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), puntuación total en estrés percibido y percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de apoyo social bajo). Además, se incluyeron las variables que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (sospecha de depresión, ansiedad estado y estrés percibido).

Los resultados hallados muestran que la edad, las complicaciones en el embarazo, los antecedentes de trastorno psicológico, la sospecha de depresión y el estrés percibido son los predictores de la depresión mayor en el tercer trimestre del embarazo (Tabla 58). En concreto, tener una edad inferior o igual a los 30 años (OR = 13,59), haber tenido alguna complicación a lo largo del embarazo (OR = 4,38), presentar antecedentes de trastorno psicológico, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes (OR = 4,18), tener sospecha de depresión en el 2º trimestre (OR = 4,78), así como mayor percepción de estrés en el 3º (OR = 1,23), aumenta la probabilidad de presentar depresión mayor en el tercer trimestre de gestación. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,168 y un R^2 de Nagelkerke de 0,538.

Tabla 58. Predictores de la depresión mayor en el tercer trimestre.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Edad ≤ 30 años	2,61	16,56	<0,001	13,59 [3,87 – 47,75]
Complicación en el embarazo	1,48	6,85	0,009	4,38 [1,45 – 13,24]
Tener antecedentes de trastorno psicológico	1,43	6,76	0,009	4,18 [1,42 – 12,29]
Tener sospecha de depresión en el 2º trimestre	1,56	6,42	0,011	4,78 [1,43 – 16,03]
Mayor percepción de estrés en el 3º trimestre	0,20	16,53	0,001	1,23 [1,11 – 1,35]
Constante	-11,43	36,14	<0,001	0,000

3.4. EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

En los apartados previos se han presentado los datos de prevalencia hallados en cada trimestre de embarazo tanto para la sospecha de depresión como para la depresión mayor. El objetivo del presente apartado es aportar una síntesis de los datos de forma longitudinal. Así mismo, en la Tabla 59 se muestra un resumen de las variables que se han sociado tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor.

Cabe destacar que la prevalencia de la depresión varía en función del momento de evaluación y el instrumento utilizado (Figura 14). Se observa que el primer trimestre es el periodo con mayor porcentaje de mujeres con sospecha de depresión (23,0%) así como de depresión mayor (5,1%). Por otro lado, en el segundo trimestre sería donde la prevalencia es más baja, tanto para la sospecha de depresión (17,2%) como para la depresión mayor (4,0%). Finalmente, en el tercer trimestre de gestación tanto la prevalencia de sospecha de depresión (20,9%) como de depresión mayor (4,6%), aumenta con respecto al segundo trimestre, pero sin llegar a los valores del primero. Por tanto, la trayectoria de la sospecha de depresión y de la depesión mayor sigue el mismo patrón a lo largo del embarazo.

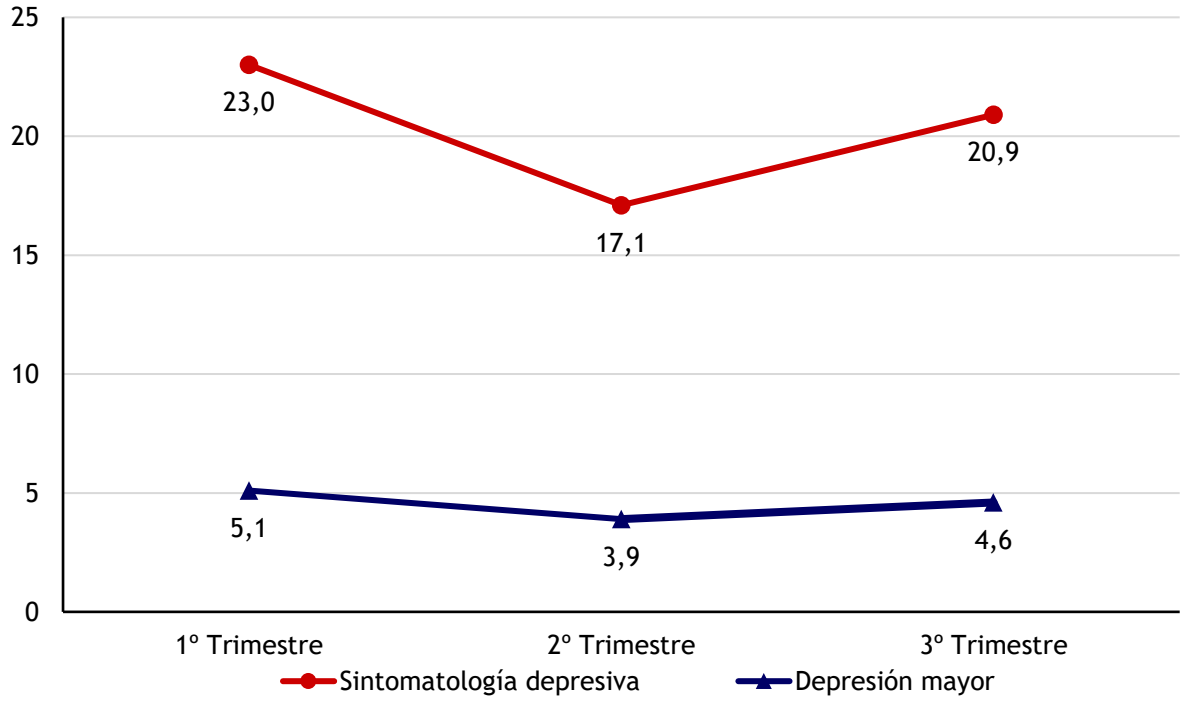

Figura 14. Evolución de la sospecha de depresión y de la depresión mayor durante el embarazo.

Tabla 59. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el embarazo

		1º TRIMESTRE		2º TRIMESTRE		3º TRIMESTRE	
ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	SOSPECHA DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MAYOR	SOSPECHA DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MAYOR	SOSPECHA DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MAYOR
Variables sociodemográficas	- Edad ≤ 30	**V**	X	**V**	**V***	X	**V***
	- Menor edad media	**V**	X	**V**	**V**	**V**	**V**
	- No tener pareja	X	X	X	X	X	X
	- Menor nivel de estudios	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- No trabajar	**V**	X	X	**V**	X	**V**
	- Embarazo influyó laboralmente	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	X
	- Menor nivel de ingresos	**V***	X	**V**	**V**	X	X
Variables relacionadas con el embarazo	- Multípara	**V**	**V***	**V**	X	X	X
	- Tener abortos previos	**V***	X	X	X	X	X
	- No planificación del embarazo	X	X	**V**	**V**	X	X
	- Recurrir a tratamiento de fertilidad	**V**	X	X	X	X	X
	- Reacción negativa al confirmar embarazo	**V**	**V**	**V**	X	**V**	**V**
	- Complicaciones en el embarazo	X	X	X	**V**	X	**V***
	- No asistir a clases de educación maternal	-	-	-	-	**V**	**V**
	- No tener intención de dar pecho	-	-	-	-	X	X
Variables relacionadas con la salud	- Consumir café/té durante la semana	X	**V**	X	X	X	X
	- Consumir café/té durante el fin de semana	X	**V**	X	X	X	X
	- Consumir alcohol durante la semana	X	X	X	X	X	X
	- Consumir alcohol durante el fin de semana	X	X	X	X	X	X
	- Fumar	X	X	X	X	X	**V**
	- Tener sobrepeso	X	X	**V**	X	X	X
Variables psicológicas	- Antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico	**V**	**V***	**V**	**V***	**V**	**V**
	- Antecedentes de depresión	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Empeoramiento estado de ánimo en embarazo previo	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Estar recibiendo tratamiento psicológico	**V**	X	X	X	X	X
	- Estar recibiendo tratamiento por depresión	**V**	X	X	X	X	V
	- Ansiedad rasgo elevada	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Ansiedad estado elevada	**V***	**V**	**V***	**V**	**V***	**V**
	- Síndrome premenstrual/disfórico	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Apoyo social bajo	-	-	-	-	**V**	**V**
	- Puntuaciones medias en:						
	- Ansiedad rasgo	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Ansiedad estado	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Estrés percibido	**V***	**V***	**V***	**V***	**V***	**V***
	- Síndrome premenstrual/disfórico	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Apoyo Social	-	-	-	-	**V**	**V**

X: Variables no relacionadas; **V**: Variables relacionadas; *: Variables predictoras

4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL POSTPARTO

A continuación, se describirán las características de la muestra en el postparto. Para ello, se han agrupado las variables en sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, el parto y postparto, relacionadas con la salud y psicológicas. Se ofrece una descripción en función de las variables que han sido evaluadas en un único momento del postparto, así como en función de aquellas que han sido evaluadas en más momentos (2 meses, 6 meses y/o 12 meses postparto).

4.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LA MUESTRA

Una vez transcurrido el periodo habitual de baja maternal, se pregunta a las mujeres por su situación laboral (Tabla 60). A los 6 meses postparto, un 62,9% (n = 353) de la muestra trabajaba y un 32,4% (n = 182) se encontraba en situación de desempleo. Con respecto a la influencia de la maternidad en la situación laboral, el 34,0% (n = 191) de las mujeres consideraron que la maternidad le había influido a nivel laboral. En concreto, el 38,7% (n = 74) refirieron no encontrar trabajo y/o tener que rechazar contratos por incompatibilidad de horarios, el 29,3% (n = 56) redujeron su jornada laboral y el 7,4% (n = 14) modificaron su horario y/o manifestaron no poder optar a determinados puestos de trabajo. Así mismo, el 7,3% (n = 14) de las mujeres refirieron que la situación de maternidad fue causa de despido o no renovación de su contrato laboral, el 5,2% (n = 10) solicitaron una excedencia y el 3,1% (n = 6) aludieron a ausencias frecuentes del trabajo por cuidado de hijos/as como causa de interferencia en el desempeño normal de su labor profesional.

A los 12 meses postparto, un 69,5% (n = 390) de la muestra trabajaba y un 27,5% (n = 154) se encontraba en situación de desempleo. Con respecto a la influencia de la maternidad en la situación laboral, el 33,9% (n = 190) de las mujeres consideraron que la maternidad le había influido a nivel laboral. Concretamente, el 33,7% (n = 64) refirieron no encontrar trabajo y/o tener que rechazar contratos por incompatibilidad de horarios, el 34,2% (n = 65) redujeron su jornada laboral y el 10,5% (n = 20) manifestaron la imposibilidad de conciliar vida laboral y familiar. Así mismo, el 5,8% (n = 11) tuvieron que modificar su horario laboral y/o manifestaron no poder optar a determinados puestos de trabajo, el 3,2% (n = 6) de las

mujeres refirieron que la situación de maternidad fue causa de despido o no renovación de su contrato laboral y el 4,2% (n = 8) solicitaron una excedencia.

Tabla 60. Situación laboral e influencia de la maternidad en la situación laboral.

	6 meses		12 meses			
	n	%	*n*	%	*M*	*DT*
Situación laboral						
Trabaja	353	62,9	390	69,5		
En paro	182	32,4	154	27,5		
Baja laboral	11	2,0	5	0,9		
Pensionista	1	0,2	1	0,2		
Otros (excedencia, ama de casa, autónoma)	14	2,5	11	2,0		
La maternidad influyó en su situación laboral						
No	370	66,0	371	66,1		
Sí	191	34,0	190	33,9		
¿De qué manera influyó?						
Paro	74	38,7	64	33,7		
Reducción de jornada	56	29,3	65	34,2		
Adaptación de horario/cambio de puesto	14	7,4	11	5,8		
Despido/no renovación	14	7,3	6	3,2		
Excedencia	10	5,2	8	4,2		
Ausentarse del trabajo	6	3,1	3	1,6		
Imposibilidad de conciliar			20	10,5		
Otros	17	9,0	13	6,8		
Cuántos meses tenía su hijo/a cuando se incorporó a la vida laboral					7,89	4,31
≤ 3 meses			45	8,0		
4 - 6 meses			291	51,8		
≥ 7 meses			54	9,6		
No incorporación a vida laboral. Causa:			171	30,5		
Paro			154	90,1		
Excedencia			10	5,8		
Baja laboral			5	2,9		
Ser ama de casa			2	1,2		
Pensionista			1	0,6		
Permiso retribuido			1	0,6		

En cuanto al momento de incorporación a la vida laboral tras la maternidad, la media fue a los 7,89 meses postparto. Concretamente, el 8,0% (n = 45) de las mujeres lo hicieron antes de los 3 meses postparto, el 51,8% (n = 291) entre los 4 y los 6 meses postparto y el 9,6% (n = 54) se incorporó a partir de los 7 meses postparto. Cabe destacar que a los 12 meses postparto un 30,5% (n = 171) de las mujeres todavía no se había incorporado a la vida laboral

tras la maternidad. Los principales motivos referidos por estas mujeres para ello fueron el encontrarse en situación de desempleo (90,1%), el estar en situación de excedencia (5,8%) y el estar de baja laboral (2,9%).

Con respecto a la influencia de la maternidad en la relación de pareja (Tabla 61), en la última evaluación realizada a los 12 meses postparto, el 33,0% (n = 185) de las mujeres consideraron que la maternidad le había influido a nivel de pareja. Concretamente, el 34,1% (n = 63) afirmaron disponer de menos tiempo para dedicarse como pareja, el 33,5% (n = 62) manifestaron tener más discusiones y el 13,0% (n = 24) refirió mayor distanciamiento. Por último, un 8,6% (n = 16) confirmaron haberse separado y/o divorciado en los últimos doce meses después del parto.

Tabla 61. Influencia de la maternidad en la relación de pareja.

	n	%
La maternidad influyó en su relación de pareja		
No	376	67,0
Sí	185	33,0
¿De qué manera influyó? (n = 185)		
Menos tiempo para dedicarnos como pareja	63	34,1
Más discusiones	62	33,5
Distanciamiento	24	13,0
Separación/divorcio	16	8,6
Tensión	8	4,3
Más unidos/mejoró la relación	6	3,2
Desacuerdos en la organización de tareas	4	2,2
Otros	2	1,1

4.2. ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

Con respecto a las semanas del postparto en las que se llevaron a cabo las evaluaciones, la media de semanas en que se encontraba esta muestra cuando se evaluó por primera vez en el postparto fue de 7,15 (*DT* = 0,98), concretamente entre las 6 y 10 semanas postparto. En la segunda evaluación llevada a cabo a los 6 meses postparto, las mujeres se encontraban entre las 24 y 28 semanas (*M* = 25,62; *DT* = 1,42). Finalmente, en la tercera evaluación correspondiente a los 12 meses postparto, la media de semanas en las que se encontraban las mujeres fue de 51,68 (*DT* = 1,98), concretamente se evaluaron entre las 48 y 57 semanas.

Por lo que respecta a las variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto (Tabla 62), en concreto al seguimiento y control de la gestación, el 12,7% (n = 71) de las mujeres fueron atendidas en la consulta de alto riesgo obstétrico. Entre los motivos para ser atendidas en dicha consulta destacan la diabetes gestacional (35,2%), el CIR y/o el PEG (23,9%), la obesidad (11,3%), la hipertensión arterial (9,9%) y haber tenido un feto muerto intraútero o un hijo/a con una malformación grave en una gestación anterior (4,2%).

Tabla 62. Descripción de la muestra en función de variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto.

	n	%	*M*	*DT*
Gestación controlada en consulta de alto riesgo				
No	490	87,3		
Sí	71	12,7		
Motivo de control en consulta de alto riesgo (n = 71)				
Diabetes gestacional	25	35,2		
CIR/PEG	17	23,9		
Obesidad	8	11,3		
Hipertensión arterial	7	9,9		
Feto muerto/malformación en anterior gestación	3	4,2		
Otros	11	15,5		
Tipo de parto				
Eutócico	289	51,5		
Cesárea	137	24,4		
Ventosa	98	17,5		
Fórceps	37	6,6		
Semana de gestación en que se produce el parto			39,61	1,36
< 37 semanas	19	3,4		
37-42	542	96,6		
Peso recién nacido/a (gr)			3276,08	473,07
< 2500	31	5,5		
2500-2999	113	20,1		
≥ 3000	417	74,3		
Nivel de satisfacción con:				
Experiencia de embarazo			8,27	1,54
Atención recibida en embarazo por profesionales sanitarios			7,83	1,67
Experiencia de parto			6,96	2,65
Atención recibida en el parto por profesionales sanitarios			8,13	2,12

CIR: Crecimiento Intrauterino Retardado; PEG: Pequeño para la Edad Gestacional

En relación a las semanas de gestación en que se produjo el parto, la media fue de 39,61 semanas. Concretamente, el 3,4% de los partos (n = 19) fueron prematuros (< 37 semanas de gestación) mientras que el 96,6% (n = 542) se produjeron a término (37 – 42 semanas). En cuanto al tipo de parto, el 51,5% de las mujeres (n = 289) tuvieron un parto eutócico y el 24,4% (n = 137) tuvieron un parto mediante cesárea.

En lo referente al peso del recién nacido/a, la media fue de 3276,08 gramos (*DT* = 473,07). En concreto, el 5,5% de los niños/as (n = 31) tuvieron un peso inferior a los 2500 gramos y, por tanto, fueron considerados niños de bajo peso. El 20,1% de los/as recién nacidos/as (n = 113) pesaron entre 2500 y 2999 gramos y el 74,3% (n = 417) nacieron con un peso igual o superior a los 3000 gramos.

Con respecto a los niveles de satisfacción, se preguntó a las mujeres que indicasen en una escala de 0-10, cómo calificarían su experiencia de embarazo y parto, así como la atención recibida por los profesionales sanitarios en ambos procesos. En concreto, la experiencia de embarazo obtuvo una valoración media de 8,27 (*DT* = 1,54) y la del parto de 6,96 (*DT* = 2,65). En cuanto a la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo, éstos fueron calificados con una puntuación media de 7,83 (*DT* = 1,67), mientras que en el parto la valoración media fue de 8,13 (*DT* = 2,12).

Con respecto a la percepción de presencia de complicaciones (Tabla 63), el 26,4% (n = 148) de las mujeres manifestaron haber tenido alguna complicación durante el parto. El sufrimiento fetal y/o ingreso en neonatos posterior fue la complicación más frecuente (28,4%), seguida de la percepción de tiempo prolongado de dilatación o no consecución de la dilatación completa (18,2%). Así mismo, el 11,5% (n = 17) refirieron que el feto no estaba bien colocado en el canal del parto y el 10,8% (n = 16) percibieron como complicación el haber tenido un parto instrumental. La fiebre y la hemorragia intraparto, así como la episiotomía (incisión quirúrgica en la zona del periné femenino durante el parto) y/o desgarro de II-III grado (laceración de la piel en la zona del periné femenino que se produce de manera espontánea durante el parto), fueron otras de las complicaciones percibidas por las mujeres en el 4,7% (n = 7) de los casos, respectivamente.

Por otro lado, a los 6 meses postparto, un 4,6% (n = 26) de las mujeres manifestaron haber tenido alguna complicación a consecuencia del parto. Las molestias, infección y/o mala cicatrización de las heridas ocasionadas durante el parto (34,6%) y la incompetencia del suelo pélvico (11,4%) fueron las más frecuentes. Así mismo, un 8,2% (n = 46) de las mujeres manifestaron haber tenido alguna complicación durante los 12 meses postparto. Concretamente, la incompetencia del suelo pélvico (23,9%), las molestias, infección y/o mala cicatrización de las heridas ocasionadas durante el parto (21,7%) y el dolor de espalda y cadera (13,0%) fueron las más frecuentes.

En cuanto a la presencia de complicaciones en el/a recién nacido/a relacionadas con el parto (Tabla 64), a los 6 meses, las madres informaron que el 1,4% (n = 8) de sus hijos/as había tenido alguna complicación durante el mismo. Concretamente, el 25,0% (n = 2) de éstos sufrió rotura de clavícula, mientras que la bronquiolitis (enfermedad infecciosa propia de lactantes y niños pequeños que afecta a todo el tracto respiratorio, pero fundamentalmente a las vías de paso de aire más pequeñas del pulmón, los bronquios o los bronquiolos), el citomegalovirus congénito (infección causada por el virus citomegalovirus en el periodo prenatal), la dificultad respiratoria, la onfalitis (infección del ombligo), y el ingreso en neonatos por fiebre materna constituyeron el resto de las complicaciones. Por otro lado, a los 12 meses postparto, un caso (0,2%) de alergia a la proteína de leche de vaca fue la única complicación en el recién nacido/a que se informó.

Tabla 63. Complicaciones durante el parto y relacionadas con el parto.

	2 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Complicación durante el parto						
No	413	76,6				
Sí	148	26,4				
Cuál complicación durante el parto:						
Sufrimiento fetal/neonatos	42	28,4				
Tiempo prolongado de dilatación/No dilatar	27	18,2				
No descenso por canal del parto/ malposición cabeza	17	11,5				
Parto instrumental	16	10,8				
Fiebre intraparto	7	4,7				
Hemorragia	7	4,7				
Episiotomía/Desgarro II-III grado	7	4,7				
Cesárea	6	4,1				
Inducción*	3	2,0				
Retención placentaria	3	2,0				
Otros	13	8,9				
Complicación relacionada con el parto						
No			535	95,4	515	91,8
Sí			26	4,6	46	8,2
Cuál complicación relacionada con el parto:						
Molestias/infección/mala cicatrización en parto y/o cesárea			9	34,6	10	21,7
Incompetencia suelo pélvico/prolapso de órganos/incontinencia			3	11,4	11	23,9
Diastasis abdominal*			2	7,7	2	4,4
Dolor con la menstruacion/síntomas de regla raros			2	7,7	2	4,4
Dolores articulares espalda/cadera			2	7,7	6	13,0
Hiper/hipotiroidismo			2	7,7	3	6,5
Otros			6	23,2	12	26,1

*Inducción: conjunto de procedimientos dirigidos a provocar contracciones uterinas de manera artificial con la intención de desencadenar el parto; Diastasis abdominal: separación de los músculos rectos del abdomen como consecuencia de un daño en el tejido conectivo.

Tabla 64. Presencia de complicaciones en el/a recién nacido/a relacionadas con el parto.

	6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%
Complicación en el/a recién nacido/a relacionada con el parto				
No	553	98,6	560	99,8
Sí	8	1,4	1	0,2
Cuál complicación (n = 8)				
Rotura de clavícula	2	25,0		
Alergia proteína de leche de vaca			1	0,2
Otros	6	75,0		

Con respecto a la presencia de malformaciones y/o enfermedades en el/a recién nacido/a y a la necesidad de hospitalización (Tabla 65), las madres informaron que en los primeros 6 meses postparto el 2,5% (n = 14) de los/as recién nacidos/as habían presentado alguna enfermedad, mientras que, en el periodo de los 12 meses postparto lo hicieron el 3,0% (n = 17). Destaca la hidronefrosis (28,6%), cardiopatía (21,4%) y plagiocefalia (21,4%). Otras malformaciones presentes en este momento fueron las derivadas del citomegalovirus congénito, labio y paladar hendido, piedras en el riñón y uvula bífida (bifurcación total o parcial de la úvula).

Tabla 65. Presencia de malformaciones y/o enfermedades en el/la recién nacido/a y necesidad de hospitalización.

	6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%
Recién nacido/a con malformación				
No	547	97,5	544	97,0
Sí	14	2,5	17	3,0
Cuál malformación del/a recién nacido/a				
Hidronefrosis	4	28,6	4	23,5
Cardiopatía	3	21,4	3	17,6
Plagiodefalia	3	21,4	3	17,6
Otros	4	28,6	7	41,3
Recién nacido/a hospitalizado				
No	512	91,3	477	85,0
Sí	49	8,7	84	15,0
Motivo hospitalización del/a recién nacido/a				
Infección respiratoria	17	34,7	26	31,0
Infección de orina	9	18,4	11	13,1
Vómitos	3	6,1	6	7,2
Otros	20	40,8	41	48,7

Hidronefrosis: dilatación de uno o ambos riñones; Plagiocefalia: aplanamiento de la parte posterior e inferior de la cabeza.

Con respecto a la necesidad de hospitalización, las madres informaron que, en los 6 primeros meses postparto, el 8,7% (n = 49) habían requerido ingreso en la unidad de neonatos y/o lactantes. Los motivos más frecuentes de ingreso fueron la infección respiratoria (34,7%), la infección urinaria (18,4%), los vómitos (6,1%) y otras entidades (40,8%) como apnea por reflujo (cese del flujo respiratorio posterior a cuadro de reflujo gastroesofágico), atragantamiento, cardiopatía, colestasis (disminución de la formación de bilis y del flujo biliar), fiebre, ictericia (coloración amarillenta de la piel y las mucosas), onfalitis, litiasis (formación o presencia de cálculos/piedras), movimientos paroxísticos (movimientos que imitan una crisis epiléptica), meningitis, otitis, sobredosis de apiretal, prematuridad, vómitos, sepsis y reacción a una vacuna. En el último seguimiento a los 12 meses postparto, las madres informaron que el 15,0% (n = 84) de los lactantes habían requerido ingreso en algún momento de su primer año de vida. Los motivos más frecuentes fueron por infección respiratoria (31,0%) y por infección urinaria (13,1%). Las otras entidades (48,7%) motivo de ingreso fueron, entre otras, la alergia a la proteina de la leche de vaca, apnea por reflujo, atragantamiento, candidiasis estomacal, caída fortuita, cardiopatía, cirugía renal, citomegalovirus congénito, convulsión, exantema viral (erupción de la piel), gastroenteritis, ictericia y onfalitis.

En relación a la lactancia materna (Tabla 66), en concreto, a la decisión adoptada por la madre respecto a la alimentación del recién nacido/a, el 19,4% (n = 109) de las mujeres afirmaron que nunca quisieron dar el pecho y el 4,8% (n = 27) refirieron que tenían intención de dar el pecho, pero finalmente, no lo hicieron. Por otro lado, con respecto a las mujeres que iniciaron la lactancia materna, el 27,8% (n = 156) abandonó esta práctica a los 2 meses y el 45,8% (n = 257) a los 6 meses postparto. Con respecto a la prevalencia de lactancia materna, el porcentaje de mujeres que amamantaba a los 2 meses postparto fue del 48,0% (n = 269), a los 6 meses del 29,9% (n = 168) y a los 12 meses del 15,7% (n = 88).

Por otro lado, a los 2 meses postparto, el 33,3% (n = 187) de las madres alimentaban a sus recién nacidos/as mediante lactancia materna exclusiva y el 52,0% (n = 292) con lactancia artificial exclusiva. A los 6 meses, la lactancia materna exclusiva era practicada por el 12,8% (n = 72) de las madres mientras que el 70,1% (n = 393) ofrecía lactancia artificial exclusiva. Cabe recordar en este punto que la lactancia materna exclusiva se recomienda durante los primeros 6 meses de vida, a partir de los cuales se debe iniciar la alimentación complementaria.

Tabla 66. Decisión de la madre con respecto a la lactancia materna y alimentación del recién nacido/a.

	2 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Decisión con respecto a la lactancia materna						
Nunca quise dar el pecho	109	19,4	109	19,4		
Quería dar el pecho, pero no pude	27	4,8	27	4,8		
Empece dando el pecho, pero lo deje	156	27,8	257	45,8		
Estoy dando el pecho actualmente	269	48,0	168	29,9	88	15,7
Tipo de alimentación del recién nacido/a						
Lactancia materna exclusiva	187	33,3	72	12,8		
> 80% leche materna	34	6,1	42	7,5		
50-80% leche materna	7	1,2	17	3,0		
50% leche materna	17	3,0	11	2,0		
20-50% lecha materna	11	2,0	13	2,3		
< 20% leche materna	13	2,3	13	2,3		
Lactancia artificial exclusiva	292	52,0	393	70,1		

Con respecto al peso de la madre (Tabla 67), la media de peso ganado en el embarazo fue de 13,58 kilos. Una vez transcurridos los primeros 6 meses postparto, se pregunta a las mujeres por la recuperación del peso habitual anterior a la gestación. Concretamente, a los 6 meses postparto, el 27,6% (n = 155) de las mujeres refirieron haber recuperado su peso habitual anterior a la gestación, el 59,7% (n = 335) de las mujeres tenían un peso mayor y el 12,7% (n = 71) un peso inferior. Así mismo, a los 12 meses postparto, el 31,9% (n = 179) de las mujeres refirieron haber recuperado su peso habitual anterior a la gestación, el 52,0% (n = 292) de las mujeres tenían un peso mayor y el 16,0% (n = 90) un peso menor.

Tabla 67. Peso de la madre.

	6 meses		12 meses			
	n	%	*n*	%	*M*	*DT*
Peso ganado en el embarazo					13,58	4,36
Peso respecto a antes del embarazo						
Igual	155	27,6	179	31,9		
Mayor	335	59,7	292	52,0		
Menor	71	12,7	90	16,0		

4.3. ANÁLISIS DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

En relación con las variables psicológicas evaluadas diferentes a la depresión (Tabla 68), algunas fueron evaluadas en un solo momento a lo largo del postparto mientras que otras fueron analizadas en los tres momentos. Con respecto a las primeras, a los 2 meses postparto se preguntó a las mujeres por los síntomas que habían sufrido los días posteriores al parto con el objetivo de detectar sintomatología de *baby blues*. El 32,3% (n = 181) de las mujeres informaron estar más contentas de lo habitual, mientras que el 20,0% (n = 112) refirieron haberse sentido como siempre y tener estado de ánimo triste o deprimido, respectivamente. Así mismo, el 17,3% (n = 97) manifestaron tener más ansiedad o tensión, el 4,8% (n = 27) refirieron sentimientos de incomprensión y el 5,7% (n = 32) otros sentimientos como preocupación y miedo, frustración, impotencia, incapacidad como madre, cansancio y felicidad. Por tanto, teniendo en cuenta a aquellas mujeres que respondieron haber estado tristes o deprimidas en los días posteriores al parto, la prevalencia de baby blues sería del 22,1% (n = 124).

A los 6 y 12 meses postparto, se preguntó si en algún momento habían recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico, habiendo contestado afirmativamente, a los 6 meses postparto, el 1,4% de las mujeres (n = 8). Concretamente, la ansiedad (25%) y la comorbilidad de depresión y ansiedad (25%) fueron los trastornos más informados por las mujeres que estaban recibiendo tratamiento. Por otro lado, a los 12 meses postparto contestaron afirmativamente el 2,5% de las mujeres (n = 14). En concreto, la ansiedad (42,9%), la comorbilidad de ansiedad y depresión (14,3%) y la depresión (28,6%) fueron los trastornos más informados.

En cada momento del postparto, se evaluó la ansiedad estado mediante el STAI, el estrés percibido con la PSS, el apoyo social con el DUKE y se tuvo en cuenta la contestación afirmativa a las opciones de respuesta “sí, bastante a menudo”, “a veces”, de la pregunta número diez de la EPDS para valorar la ideación suicida.

Con respecto a la ansiedad estado, se halló una puntuación media de 28,11 (*DT* = 7,69) a los 2 meses postparto, 19,29 (*DT* = 10,93) a los 6 meses y 17,29 (*DT* = 11,56) a los 12 meses, respectivamente. Utilizando el punto de corte de la escala, se halló que un 33,3% (n = 187) presentó un nivel elevado de ansiedad estado a los 2 meses postparto, un 20,3% (n = 114) a los 6 meses y un 16,9% (n = 95) a los 12 meses, respectivamente.

En cuanto a la evaluación del estrés percibido, la puntuación media fue de 19,31 (*DT* = 11,34) a los 2 meses postparto, 17,89 (*DT* = 8,06) a los 6 meses y 18,24 (*DT* = 9,32) a los 12 meses, respectivamente.

Tabla 68. Descripción de la muestra en función de variables psicológicas en el postparto.

	2 meses		6 meses		12 meses	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Síntomas que ha sufrido los días posteriores a dar a luz						
Más contenta de lo habitual	181	32,3				
Me sentí como siempre	112	20,0				
Estado de animo triste o deprimido	112	20,0				
Ansiedad o tensión	97	17,3				
Sentimientos de incomprensión	27	4,8				
Otros sentimientos	32	5,7				
Baby blues						
No	437	77,9				
Sí	124	22,1				
Tratamiento psicológico/psiquiátrico						
No			553	98,6	547	97,5
Sí			8	1,4	14	2,5
Por qué ha recibido tratamiento psicológico						
Ansiedad			2	25,0	6	42,9
Depresión y ansiedad			2	25,0	2	14,3
Depresión			1	12,5	4	28,6
Estrés			1	12,5	1	7,1
Psicosis			1	12,5	1	7,1
Obsesiones			1	12,5		
Ansiedad Estado						
No	374	66,7	447	79,7	466	83,1
Sí	187	33,3	114	20,3	95	16,9
Apoyo social (DUKE)						
Bajo	56	10,0	34	6,1	78	13,9
Normal	505	90,0	527	93,9	483	83,1
Ideación suicida EPDS (Ítem nº 10)						
A veces	2	0,4	7	1,2		
Sí, bastante a menudo			2	0,4		

Con respecto al apoyo social, el 10,0% (n = 56) percibió un nivel bajo de apoyo social por parte de su entorno a los 2 meses postparto, el 6,1% (n = 34) a los 6 meses y el 13,9% (n = 78) a los 12 meses. La puntuación media obtenida en esta escala fue de 46,31 (*DT* = 8,84) a los 2 meses postparto, 46,37 (*DT* = 8,18) a los 6 meses y 44,88 (*DT* = 9,50) a los 12 meses.

Además, se tuvieron en cuenta las puntuaciones obtenidas en la subescala apoyo afectivo y apoyo confidencial. Con respecto al apoyo afectivo, a los 2 meses postparto la media fue de 16,91 (*DT* = 3,52), a los 6 meses fue de 16,91 (*DT* = 3,31) y a los 12 de 16,32 (*DT* = 3,44). En cuanto a las puntuaciones en apoyo confidencial, la media de las mismas a los 2 meses postparto fue del 29,39 (*DT* = 5,67), a los 6 meses de 29,38 (*DT* = 5,42) y a los 12 meses de 28,59 (*DT* = 6,39).

Respecto a la ideación suicida, el 0,4% (n = 2) respondió afirmativamente a los 2 meses postparto y el 1,6% (n = 9) a los 6 meses, no habiéndose contestado afirmativamente a ninguna de las opciones en los 12 meses postparto.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

5. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO Y VARIABLES ASOCIADAS

5.1. DATOS DE LOS 2 MESES POSTPARTO

A continación se expondrán los datos de prevalencia de la sospecha de depresión para un punto de corte en la EPDS ≥ 10 y ≥ 11, así como de la depresión mayor y combinada. Posteriormente, se utilizará como variable dependiente la sospecha de depresión evaluada con la EPDS ≥ 10 y la depresión mayor evaluada con la SCID, para conocer las variables asociadas a las mismas.

5.1.1. Prevalencia de la depresión a los 2 meses postparto

La prevalencia (Figura 15) de sospecha de depresión postparto a los dos meses obtenida con la EPDS ≥ 10 se situó en un 30,3% de la muestra (n = 170) y con la EPDS ≥ 11 fue del 25,3% (n = 142). Con la entrevista SCID la prevalencia de depresión combinada fue del 12,8% (n = 72) y de depresión mayor fue del 10,3% (n = 58).

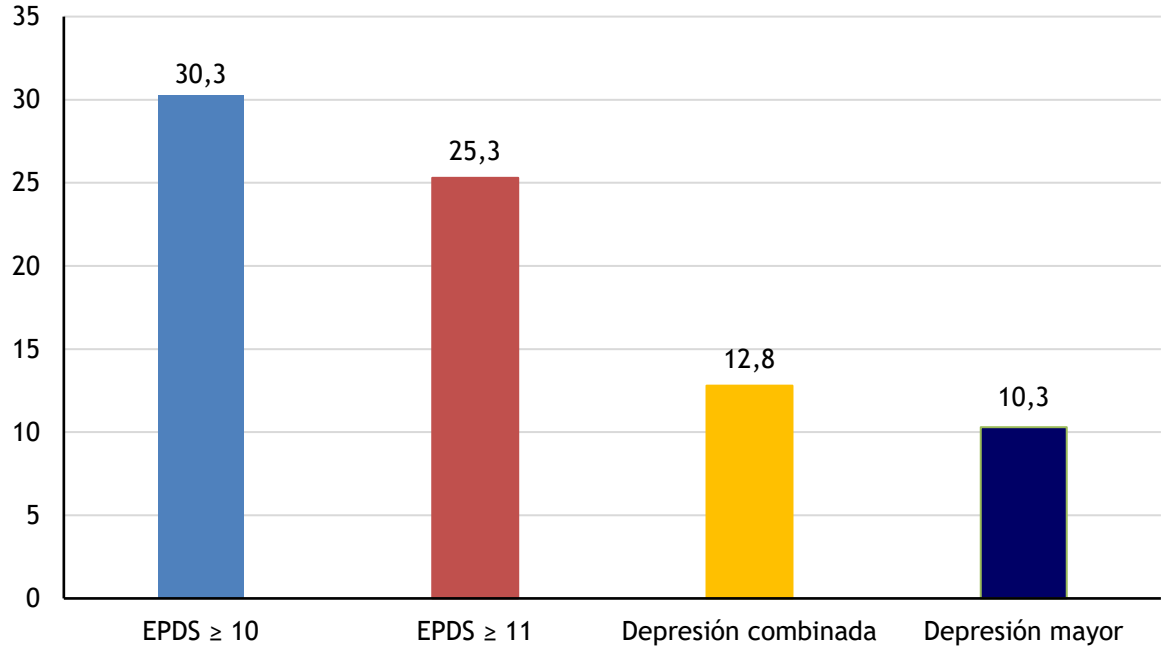

Figura 15. Prevalencia de la depresión a los 2 meses postparto

5.1.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto

5.1.2.1. Variables sociodemográficas

Al comparar a las mujeres sin sospecha de depresión con respecto a las mujeres con sospecha de depresión a los dos meses postparto en función de variables sociodemográficas (Tabla 69), solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el nivel de ingresos mensuales ($\chi^2_{(3, 561)} = 7{,}139$, $p = 0{,}008$, V de Cramer = 0,12). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que tienen ingresos mensuales personales iguales o inferiores a los 1000 euros (61,5% vs. 48,2%).

No se hallaron diferencias significativas en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 3{,}629$, $p = 0{,}057$), del estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}776$, $p = 0{,}183$) y del nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}804$, $p = 0{,}094$).

Con respecto a la media de edad, tampoco se encontraron diferencias significativas ($t_{(561)} = 0{,}867$, $p = 0{,}39$) entre ambos grupos de mujeres (32,54 vs 32,92).

Tabla 69. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 391)		Sí depresión (n = 170)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					3,629	0,057	
≤ 30	111	28,4	62	36,5			
> 30	280	71,6	108	63,5			
Estado civil					1,776	0,183	
Sin pareja	17	4,3	12	7,1			
Casada/vive en pareja	374	95,7	158	92,9			
Nivel de estudios					2,804	0,094	
Primarios/Secundarios	200	51,2	100	58,8			
Universitarios	191	48,8	70	41,2			
Ingresos mensuales personales (euros)					7,139	0,008	0,12
≤ 1000	164	48,2	88	61,5			
> 1000	176	51,8	55	38,5			

5.1.2.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 70), se encuentran diferencias significativas en función de la planificación de la gestación ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 15,822, p <0,001, V de Cramer = 0,17), de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 26,242, p <0,001, V de Cramer = 0,22), de la presencia de complicaciones durante el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 6,398, p = 0,011, V de Cramer = 0,11), de la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 6,037, p = 0,014, V de Cramer = 0,10) y del tipo de consulta en la que se realizó el seguimiento del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 4,277, p = 0,039, V de Cramer = 0,09).

Tabla 70. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 391)		Sí depresión (n = 170)				
	n	%	*n*	%	x²	*p*	V de Cramer
Paridad					0,272	0,602	
Primíparas	230	58,8	104	61,2			
Multíparas	161	41,2	66	38,8			
Abortos previos					0,009	0,924	
No	289	73,9	125	73,5			
Sí	102	26,1	45	26,5			
Planificación del embarazo					15,822	<0,001	0,17
No	40	10,2	39	22,9			
Sí	351	89,8	131	77,1			
Tratamiento de fertilidad					2,165	0,157	
No	359	91,8	162	95,3			
Sí	32	8,2	8	4,7			
Reacción al confirmar el embarazo					26,242	<0,001	0,22
Positiva	378	96,7	144	84,7			
Negativa	13	3,3	26	15,3			
Complicación en el embarazo					6,398	0,011	0,11
No	316	80,8	121	71,2			
Sí	75	19,2	49	28,8			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					4,277	0,039	0,09
No	349	89,3	141	82,9			
Sí	42	10,7	29	17,1			
Asistencia a clases de educación maternal					6,037	0,014	0,10
No	130	33,2	75	44,1			
Sí	261	66,8	95	55,9			

En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión a los dos meses postparto, es mayor el porcentaje de aquellas que no planificaron la gestación (22,9% vs. 10,1%), que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (15,3% vs. 3,3%) y que tuvieron alguna

complicación durante el mismo (28,8% vs. 19,2%). Igualmente, entre las mujeres con sospecha de depresión también fue mayor el porcentaje de aquellas que no asistieron a clases de educación maternal durante el embarazo (44,1% vs. 33,2%) y que tuvieron que hacer el seguimiento de su embarazo en la consulta de alto riesgo obstétrico (17,1% vs. 10,7%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,272$, $p = 0,602$), de la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,009$, $p = 0,924$) y de haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad ($\chi^2_{(1, 561)} = 2,165$, $p = 0,157$).

Respecto al parto y el postparto (Tabla 71), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la presencia de complicaciones en el parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 7,516$, $p = 0,006$, V de Cramer = 0,17), del peso del/a recién nacido/a ($\chi^2_{(1, 561)} = 5,712$, $p = 0,017$, V de Cramer = 0,10) y en el tipo de alimentación del mismo ($\chi^2_{(1, 561)} = 15,654$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,17), pues la presencia de sospecha de depresión fue mayor entre las que informaron haber tenido alguna complicación en el parto (34,1% vs. 23,0%), las que tuvieron recién nacidos/as con un peso inferior a los 3000 gramos (32,4% vs. 22,8%) y las que no estaban alimentando a su hijo/a con leche materna (64,7% vs. 46,5%).

Tabla 71. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y postparto.

	No depresión (n = 391)		Sí depresión (n = 170)				
	n	%	*n*	%	x²	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					3,129	0,209	
Eutócico	211	54,0	78	45,9			
Instrumental	90	23,0	45	26,5			
Cesárea	90	23,0	47	27,6			
Complicación en el parto					7,516	0,006	0,17
No	301	77,0	112	65,9			
Sí	90	23,0	58	34,1			
Peso del/a recién nacido/a					5,712	0,017	0,10
< 3000	89	22,8	55	32,4			
≥ 3000	302	77,2	115	67,6			
Lactancia materna					15,654	<0,001	0,17
No	182	46,5	110	64,7			
Sí	209	53,5	60	35,3			

No se encontraron diferencias significativas en relación al tipo de parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,129$, $p = 0,209$) ni en función de los días de duración de la lactancia materna ($t_{(561)} = 1,550$, $p = 0,122$).

En cuanto al peso medio del/a racién nacido/a, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)} = 2,539$, $p = 0,011$, d Cohen = 0,23), pues las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto tuvieron recién nacidos/as (Figura 16) con un peso inferior (3199,53 vs. 3309,36) a los recién nacidos de las mujeres sin sospecha de depresión.

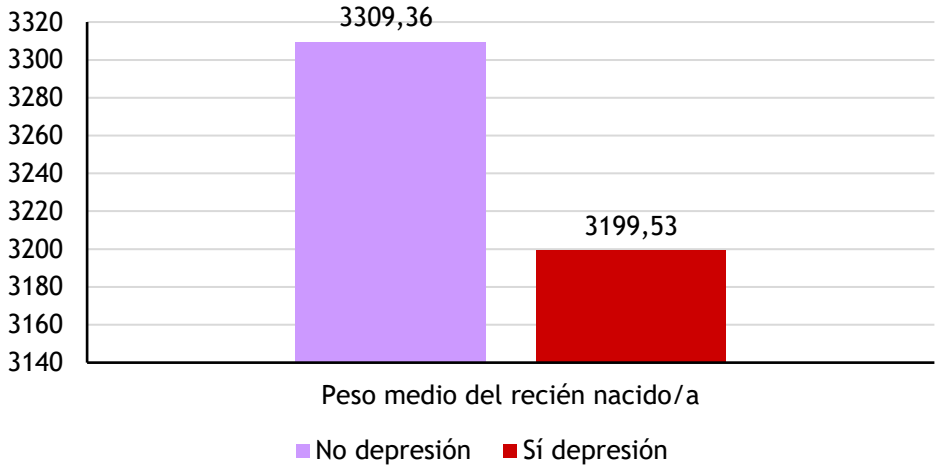

Figura 16. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función del peso del recién nacido.

En cuanto a los niveles de satisfacción con el embarazo y el postparto (Figura 17), se hallaron diferencias entre ambos grupos en función de la satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(561)} = 5,044$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,48), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(561)} = 4,700$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,44), con la experiencia del parto ($t_{(561)} = 4,357$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,40) y con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(561)} = 4,124$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,40). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión presentan niveles de satisfacción inferiores (escala de 0 a 10) en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,75 vs. 8,49), atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (7,32 vs. 8,05), experiencia del parto (6,23 vs. 7,27) y atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (7,52 vs. 8,39).

Respecto al peso ganado durante el embarazo se encuentran diferencias significativas al comparar ambos grupos ($t_{(561)} = -3,03$, $p < 0,001$, d Cohen = -0,37). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión ganan más peso durante el embarazo (14,72 vs. 13,08) que las mujeres sin sospecha de depresión.

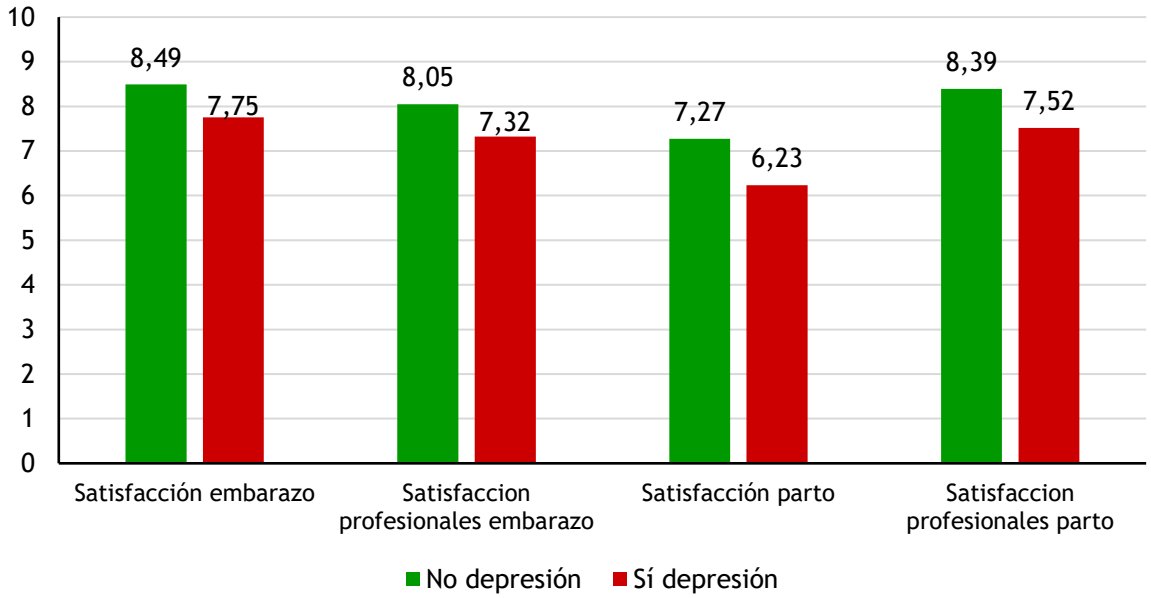

Figura 17. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de los niveles de satisfacciónen en el embarazo y el parto.

5.1.2.3. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre las mujeres con y sin sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas (Tabla 72), se han encontrado diferencias significativas en la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1,561)} = 6{,}572$, $p = 0{,}010$, V de Cramer = 0,11), del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1,561)} = 14{,}549$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,25) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1,561)} = 145{,}193$; $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,51). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión presentan en mayor porcentaje antecedentes personales de trastornos psicológicos (20,0% vs. 11,8%) y baby blues en el postparto inmediato (82,8% vs. 15,1%). Así mismo, las multíparas informaron en mayor porcentaje que experimentaron un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos (30,3% vs. 9,9%).

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Es decir, se hallaron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1,\ 561)} = 23{,}751$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,21), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1,\ 561)} = 50{,}137$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,30), de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1,\ 561)} = 45{,}585$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,29) y de la presencia

de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 19,126, p <0,001, V de Cramer = 0,19). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión presentan en mayor porcentaje ansiedad rasgo (12,9% vs. 2,6%), ansiedad estado (54,7% vs. 24,0%), baja percepción de apoyo social (22,9% vs. 4,3%) y síndrome premenstrual y/o disfórico (15,9% vs. 4,9%).

Tabla 72. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 391)		Sí depresión (n = 170)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					6,572	0,010	0,11
No	345	88,2	136	80,0			
Sí	46	11,8	34	20,0			
Antecedente de depresión					3,034	0,082	
No	368	94,1	153	90,0			
Sí	23	5,9	17	10,0			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					14,549	<0,001	0,25
No	145	90,1	46	69,7			
Sí	16	9,9	20	30,3			
Baby Blues					145,193	<0,001	0,51
No	359	91,8	78	45,9			
Sí	32	8,2	92	54,1			
Ansiedad Rasgo					23,751	<0,001	0,21
No	381	97,4	148	87,1			
Sí	10	2,6	22	12,9			
Ansiedad Estado					50,137	<0,001	0,30
No	297	76,0	77	45,3			
Sí	94	24,0	93	54,7			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					19,126	<0,001	0,19
No	372	95,1	143	84,1			
Sí	19	4,9	27	15,9			
Apoyo social					45,585	<0,001	0,29
Bajo	17	4,3	39	22,9			
Normal	374	95,7	131	77,1			

No se hallaron diferencias significativas en función de la presencia de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1,561)}$ = 3,034, p = 0,082). Con respecto a estar recibiendo tratamiento por la presencia de algún trastorno psicológico en general o por la presencia de depresión en

particular, no se incluyeron dichos datos por no haber número de casos suficientes en alguna de las categorías.

Por otro lado, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias (Figura 18) obtenidas en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)} = 11{,}817$, $p < 0{,}001$, d Cohen = -1,06), la ansiedad estado ($t_{(561)} = -8{,}934$, $p < 0{,}001$, d Cohen = -0,83), el estrés percibido ($t_{(561)} = -19{,}351$, $p < 0{,}001$, d Cohen = -3,29), la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)} = -5{,}980$, $p < 0{,}001$, d Cohen = -0,57) y el apoyo social percibido ($t_{(561)} = 11{,}492$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 1,12). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión a los dos meses postparto obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (23,86 vs. 15,47), ansiedad estado (32,35 vs. 26,26), estrés percibido (30,48 vs. 14,46) y síntomas premenstruales (13,34 vs. 9,48). Así mismo, las mujeres con sospecha de depresión obtienen puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido (39,84 vs. 49,12).

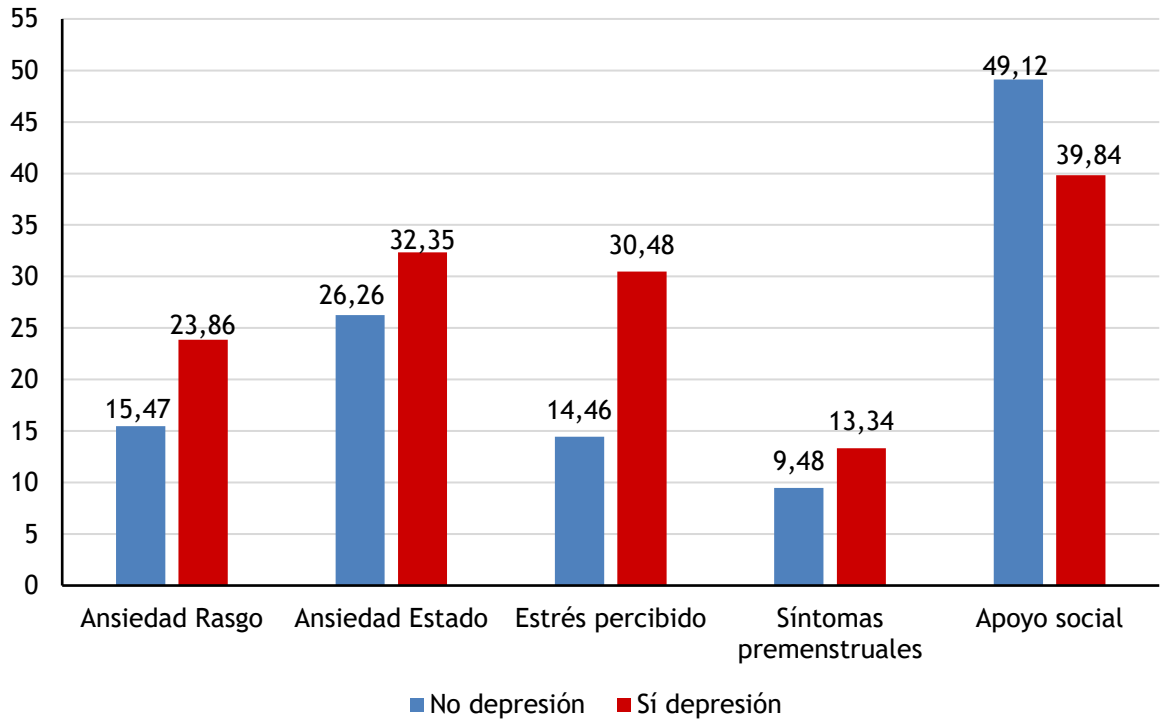

Figura 18. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 2 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

5.1.3. Predictores de la sospecha de depresión a los 2 meses postparto

Con el fin de conocer cuáles son las variables que predicen la sospecha de depresión a los 2 meses postparto, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante. Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de depresión (EPDS ≥ 10, sí/ EPDS < 10, no) y como variables independientes el nivel de ingresos personales (≤ 1000 euros/ > 1000 euros), la planificación del embarazo (sí/no), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), la presencia de complicaciones durante el embarazo (sí/no), el seguimiento del embarazo en la consulta de alto riesgo (sí/no), la asistencia a clases de educación maternal (sí/no), la presencia de complicaciones durante el parto (sí/no), el nivel de satisfacción con la experiencia del embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la experiencia del parto (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (puntuación de 0 a 10), el tipo de alimentación del recién nacido/a (lactancia materna sí/lactancia materna no), el peso ganado en el embarazo, los antecedentes personales de trastorno psicológico/psiquiátrico (sí/no), la presencia de baby blues en el postparto inmediato (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de apoyo social bajo) y puntuación total en estrés percibido. Además, se incluyeron las variables psicológicas que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (sospecha de depresión, depesión mayor, ansiedad estado, estrés percibido y apoyo social).

Los resultados hallados muestran que la forma de reaccionar ante el embarazo, la sospecha de depresión, el baby blues, la percepción de apoyo social y las puntuaciones en estrés percibido, son los predictores de la sospecha de depresión a los 2 meses postparto (Tabla 73). En concreto, haber tenido una reacción negativa frente al embarazo (OR = 4,44), presentar en el tercer trimestre sospecha de depresión (OR = 2,76), una baja percepción de apoyo social (OR = 4,79) y una mayor percepción de estrés (OR = 1,06), así como haber informado de sintomatología de baby blues los días posteriores al parto (OR = 5,65) y presentar mayores puntuaciones en estrés a los 2 meses postparto (OR = 1,18), aumenta las posibilidades de tener sospecha de depresión a los 2 meses postparto. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,469 y un R^2 de Nagelkerke de 0,667.

Tabla 73. Predictores de la sospecha de depresión a los 2 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Reacción negativa ante el embarazo	1,49	4,59	0,032	4,44 [1,14 – 17,39]
Sospecha de depresión en el 3º trimestre	1,02	7,32	0,007	2,76 [1,32 – 5,76]
Baja percepción de apoyo social en el 3º trimestre	1,57	4,33	0,038	4,79 [1,09 – 20,93]
Mayor percepción de estrés en el 3º trimestre	0,06	5,79	0,016	1,06 [1,01 – 1,12]
Baby blues	1,73	24,35	<0,001	5,65 [2,84 – 11,25]
Mayor percepción de estrés a los 2 meses postparto	0,17	66,56	<0,001	1,18 [1,14 – 1,23]
Constante	-8,05	53,04	<0,001	0,000

5.1.4. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto

5.1.4.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin depresión mayor respecto a las mujeres con depresión mayor en función de variables sociodemográficas (Tabla 74), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas: edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,874$, $p = 0,350$), estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,535$, $p = 0,106$), nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 2,768$, $p = 0,096$), ingresos mensuales personales ($\chi^2_{(3, 561)} = 1,894$, $p = 0,169$) y media de edad ($t_{(561)} = 0,750$, $p = 0,453$).

Tabla 74. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 503)		Sí depresión (n = 58)			
	n	%	*n*	%	x²	*p*
Edad					0,874	0,350
≤ 30	152	30,2	21	36,2		
> 30	351	69,8	37	63,8		
Estado civil					3,535	0,106
Sin pareja	23	4,6	6	10,3		
Casada/vive en pareja	480	95,4	52	89,7		
Nivel de estudios					2,768	0,096
Primarios/Secundarios	263	52,3	37	63,8		
Universitarios	240	47,7	21	36,2		
Ingresos mensuales personales (euros)					1,894	0,169
≤ 1000	223	51,1	29	61,7		
> 1000	213	48,9	18	38,3		

5.1.4.2. Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 75), se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en función de la planificación de la gestación ($\chi^2_{(1, 561)} = 7,419$, $p = 0,006$, V de Cramer = 0,12), de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 23,908$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,21), de la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1, 561)} = 6,430$, $p = 0,011$, V de Cramer = 0,11), de la presencia de complicaciones en el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 7,473$, $p = 0,006$, V de Cramer = 0,12) y del tipo de consulta en la que se realizó el seguimiento del mismo ($\chi^2_{(1, 561)} = 7,715$, $p = 0,005$, V de Cramer = 0,12).

En concreto, entre las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto es más elevado el porcentaje de aquellas que no planificaron la gestación (25,9% vs. 12,7%), que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (22,4% vs. 5,2%) y que no asistieron a clases de educación maternal durante el mismo (51,7% vs. 34,8%). También fue mayor el porcentaje de aquellas que tuvieron alguna complicación en el embarazo (36,2% vs. 20,5%) y que hicieron el seguimiento del mismo en la consulta de alto riesgo obstétrico (24,1% vs. 11,3%).

Tabla 75. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 503)		Sí depresión (n = 58)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					0,511	0,475	
Primíparas	302	60,0	32	55,2			
Multíparas	201	40,0	26	44,8			
Abortos previos					0,143	0,706	
No	370	73,6	44	75,9			
Sí	133	26,4	14	24,1			
Planificación del embarazo					7,419	0,006	0,12
No	64	12,7	15	25,9			
Sí	439	87,3	43	74,1			
Tratamiento de fertilidad					0,374	0,787	
No	466	92,6	55	94,8			
Sí	37	7,4	3	5,2			
Reacción al confirmar embarazo					23,908	<0,001	0,21
Positiva	477	94,8	45	77,6			
Negativa	26	5,2	13	22,4			
Complicación en el embarazo					7,473	0,006	0,12
No	400	79,5	37	63,8			
Sí	103	20,5	21	36,2			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					7,715	0,005	0,12
No	446	88,7	44	75,9			
Sí	57	11,3	14	24,1			
Asistencia a clases de educación maternal					6,430	0,011	0,11
No	175	34,8	30	51,7			
Sí	328	65,2	28	48,3			

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres con depresión y sin depresión mayor en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}511$, $p = 0{,}475$), de la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}143$, $p = 0{,}706$) ni de haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}374$, $p = 0{,}787$).

Respecto al parto y postparto (Tabla 76), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función del tipo de parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 6{,}364$, $p = 0{,}041$, V de Cramer = 0,11), de la presencia de complicaciones en el parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}443$, $p = 0{,}035$, V de Cramer = 0,09) y del tipo de alimentación del/a recién nacido/a ($\chi^2_{(1, 561)} = 16{,}902$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,17). En concreto, entre las mujeres con depresión mayor a los dos meses postparto es mayor el porcentaje de aquellas que tuvieron un parto mediante cesárea (34,5% vs. 23,3%), que presentaron alguna complicación durante el parto (37,9% vs. 25,0%) y que no estaban alimentando a su hijo/a con leche materna (77,6% vs. 49,1%). No se hallaron diferencias entre ambos grupos en función del peso del/a recién nacido/a ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}976$, $p = 0{,}323$).

Tabla 76. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y el postparto.

	No depresión (n = 503)		Sí depresión (n = 58)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					6,364	0,041	0,11
Eutócico	268	53,3	21	36,2			
Instrumental	118	23,5	17	29,3			
Cesárea	117	23,3	20	34,5			
Complicación en el parto					4,443	0,035	0,09
No	377	75,0	36	62,1			
Sí	126	25,0	22	37,9			
Peso del/a recién nacido/a					0,976	0,323	
< 3000	126	25,0	18	31,0			
≥ 3000	377	75,0	40	69,0			
Lactancia materna					16,902	<0,001	0,17
No	247	49,1	45	77,6			
Sí	256	50,9	13	22,4			

Cuando se compara a las mujeres con depresión mayor y sin depresión mayor a los dos meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto (Figura 19), se hallan diferencias significativas en los niveles de satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(561)} = -5{,}037$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = 0,72), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(561)} = 5{,}622$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = -0,83), con la experiencia del parto ($t_{(561)} = 4{,}496$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = 0,64) y con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(561)} = 4{,}088$, $p < 0{,}001$, *d*

Cohen = 0,61). En concreto, las mujeres con depresión mayor presentan niveles de satisfacción inferiores en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,33 vs. 8,38), atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (6,69 vs. 7,96), experiencia del parto (5,50 vs. 7,13) y atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (6,90 vs. 8,27).

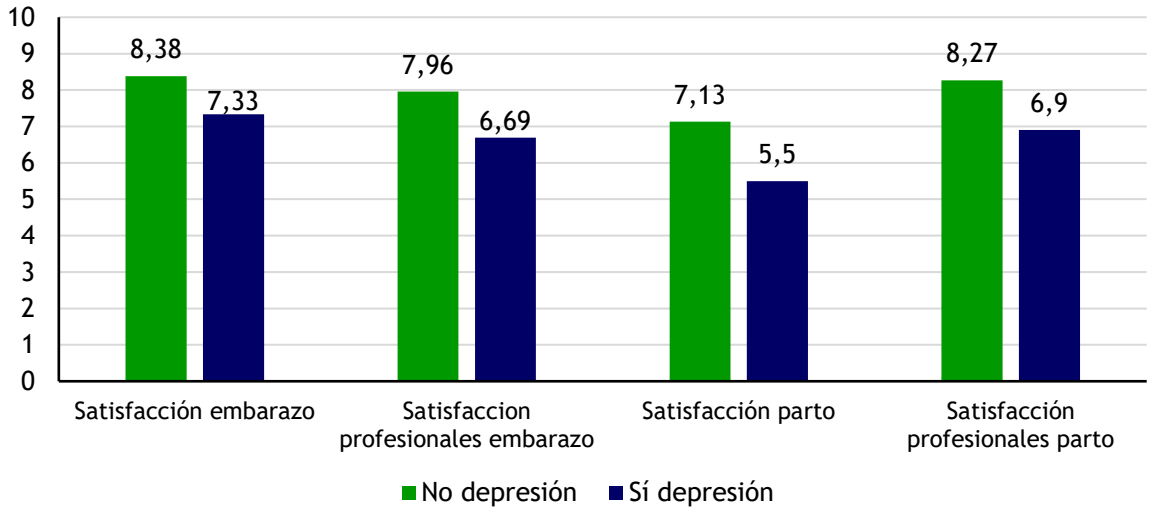

Figura 19. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto.

Igualmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al comparar a las mujeres en función de la duración de la lactancia materna ($t_{(561)}$ = 2,098, p = 0,040, d Cohen = 0,33). Concretamente, las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto amamantan menos días a sus hijos/as (7,23 vs. 11,63) que las mujeres sin depresión mayor (Figura 20).

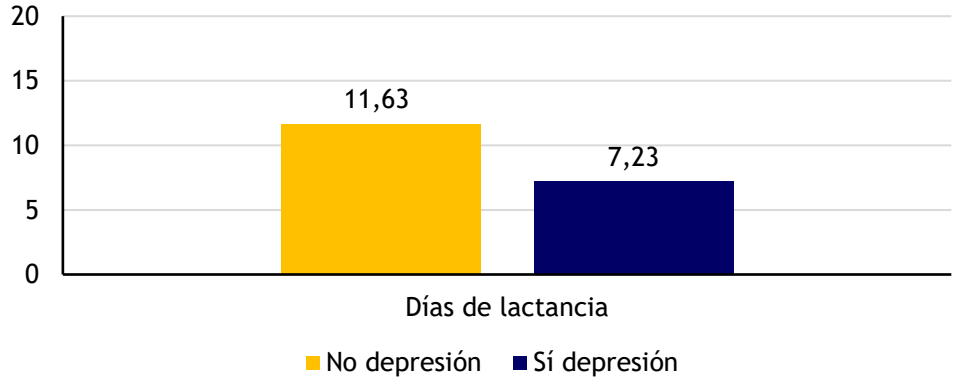

Figura 20. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna.

Con respecto al peso ganado durante el embarazo, se encuentran diferencias significativas (Figura 21) al comparar ambos grupos ($t_{(561)} = -5{,}218$, $p < 0{,}001$, d Cohen = -0,71). Concretamente, las mujeres con depresión mayor habían ganado más peso durante el embarazo (16,34 vs. 13,26) que las mujeres sin depresión mayor.

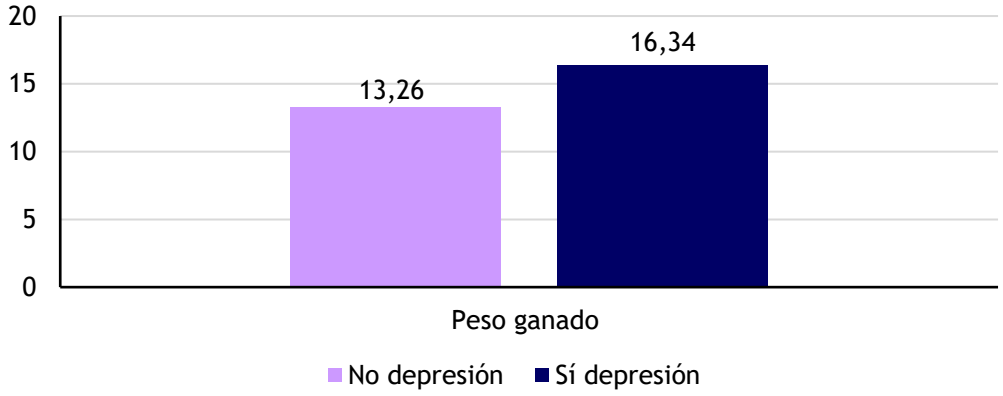

Figura 21. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función del peso ganado.

5.1.4.3. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre mujeres sin depresión mayor con respecto a las mujeres con depresión mayor en función de variables psicológicas (Tabla 77), se hallan diferencias significativas entre ambos grupos en la presencia de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}337$, $p = 0{,}037$, V de Cramer = 0,09) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1, 561)} = 138{,}224$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,50). En concreto, las mujeres con depresión mayor a los dos meses postparto presentan en un mayor porcentaje antecedentes de depresión (13,8% vs. 6,4%) y baby blues en los primeros días tras el parto (82,8% vs. 15,1%).

No se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en variables tales como la presencia de antecedentes personales de trastornos psicológicos ($\chi^2_{(1, 561)} = 3{,}517$, $p = 0{,}061$) y el empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}146$, $p = 0{,}266$).

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Se hallaron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)} = 48{,}869$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,30), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)} = 57{,}006$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,32), de la

presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 44,810, p <0,001, V de Cramer = 0,28) y de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 70,966, p <0,001, V de Cramer = 0,36). En concreto, las mujeres con depresión presentan en un mayor porcentaje ansiedad rasgo (25,9% vs. 3,4%), ansiedad estado (77,6% vs. 28,2%), síndrome premenstrual y/o disfórico (31,0% vs. 5,6%) y percepción de bajo apoyo social (41,4% vs. 6,4%).

Tabla 77. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 503)		Sí depresión (n = 58)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					3,517	0,061	
No	436	86,7	45	77,6			
Sí	67	13,3	13	22,4			
Antecedentes de depresión					4,337	0,037	0,09
No	471	93,6	50	86,2			
Sí	32	6,4	8	13,8			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					1,146	0,266	
No	171	85,1	20	76,9			
Sí	30	14,9	6	23,1			
Baby Blues					138,224	<0,001	0,50
No	427	84,9	10	17,2			
Sí	76	15,1	48	82,8			
Ansiedad Estado					57,006	<0,001	0,32
No	361	71,8	13	22,4			
Sí	142	28,2	45	77,6			
Ansiedad Rasgo					48,869	<0,001	0,30
No	486	96,6	43	74,1			
Sí	17	3,4	15	25,9			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					44,810	<0,001	0,28
No	475	94,4	40	69,0			
Sí	28	5,6	18	31,0			
Apoyo social					70,966	<0,001	0,36
Bajo	32	6,4	24	41,4			
Normal	471	93,6	34	58,6			

También se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 22) en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -8,790, p < 0,001, d Cohen = -1,21), la ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -8,146, p < 0,001, d Cohen = -1,10), el

estrés percibido (t $_{(561)}$ = -18,351, p < 0,001, d Cohen = -2,31), los antecedentes de síntomas premenstruales (t $_{(561)}$ = -3,600, p = 0,001, d Cohen = -0,56) y la percepción de apoyo social (t $_{(561)}$ = -10,941, p < 0,001, d Cohen = 1,60). Concretamente las mujeres con depresión mayor obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (26,86 vs. 16,99), ansiedad estado (35,48 vs. 27,26), estrés percibido (37,43 vs. 17,22) y síntomas premenstruales (14,60 vs. 10,20). Así mismo, obtienen puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido (34,31 vs. 47,69).

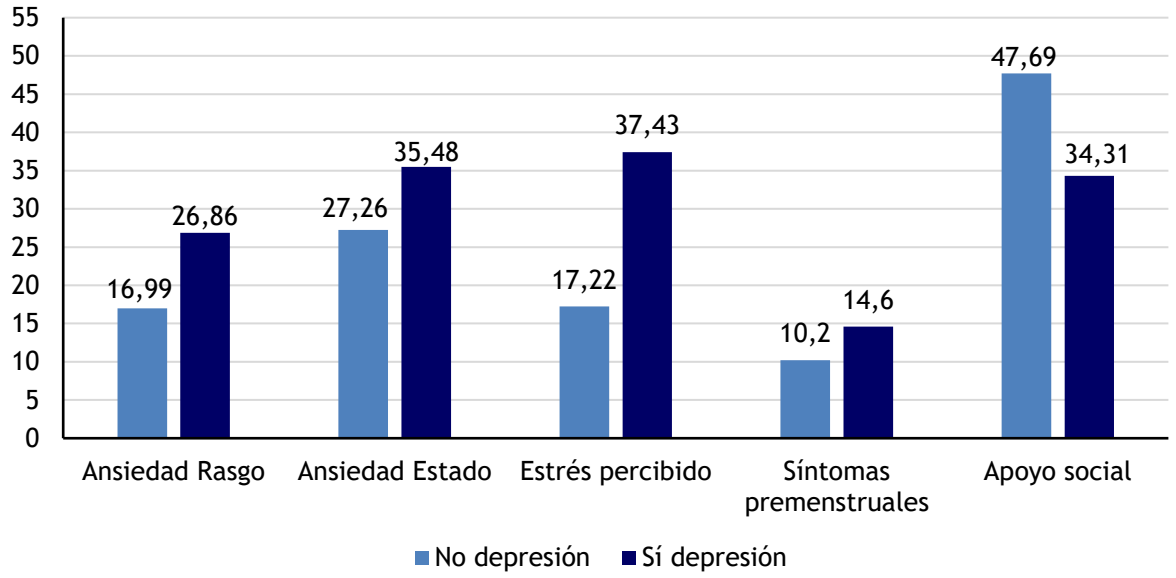

Figura 22. Características de las mujeres con depresión mayor a los 2 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

5.1.5. Predictores de la depresión mayor a los 2 meses postparto

Con el fin de conocer cuáles son las variables que predicen la depresión mayor a los 2 meses postparto, se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante. Como variable dependiente se utilizó el estatus de depresión mayor (sí depresión/no depresión) y como variables independientes la planificación del embarazo (sí/no), reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), presencia de complicaciones en el embarazo (sí/no), tipo de consulta de seguimiento del embarazo (alto riesgo sí/alto riesgo no), asistencia a clases de educación maternal (sí/no), peso ganado en el embarazo, tipo de parto (vaginal y/o instrumenta/cesárea), complicación durante el parto (sí/no), nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo (puntuación de 0 a 10), nivel de satisfacción con la atención recibida

por los profesionales sanitarios durante el embarazo (puntuación de 0 a 10), nivel de satisfacción con la experiencia del parto (puntuación de 0 a 10), nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (puntuación de 0 a 10), tipo de alimentación del recién nacido/a (lactancia materna sí/lactancia materna no), antecedentes de depresión (sí/no), baby blues (sí/no), ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ansiedad rasgo normal), ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de bajo apoyo social bajo) y puntuación total en estrés percibido. Además, se incluyeron las variables psicológicas que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad estado, estrés percibido y apoyo social).

Los resultados hallados muestran que el peso ganado durante el embarazo, el tipo de parto, el síndrome premenstrual/disfórico, la ansiedad rasgo, el baby blues y las puntuaciones en estrés percibido, son los predictores de la depresión mayor a los 2 meses postparto (Tabla 78). En concreto, haber ganado mayor peso en el embarazo (OR = 1,14), haber tenido un parto por cesárea (OR = 3,18), el síndrome premenstrual y/o disfórico (OR = 3,49), tener ansiedad rasgo elevada (OR = 4,14), la presencia de baby blues en los días posteriores al parto (OR = 7,25) y una mayor percepción de estrés a los 2 meses postparto (OR = 1,14), aumenta las posibilidades de presencia de depresión mayor a los 2 meses postparto. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,326 y un R^2 de Nagelkerke de 0,671.

Tabla 78. Predictores de la depresión mayor a los 2 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Mayor peso ganado en el embarazo	0,13	6,76	0,009	1,14 [1,03 – 1,25]
Tener un parto por cesárea	1,16	5,92	0,015	3,18 [1,25 – 8,08]
Síndrome premenstrual/disfórico	1,25	5,19	0,023	3,49 [1,19 – 10,23]
Tener ansiedad rasgo elevada en el 1º trimestre	1,42	5,62	0,018	4,14 [1,28 – 13,42]
Baby blues	1,98	18,58	< 0,001	7,25 [2,95 – 17,85]
Mayor percepción de estrés a los 2 meses postparto	0,17	40,67	< 0,001	1,18 [1,12 – 1,24]
Constante	-10,41	65,64	< 0,001	0,000

5.2. DATOS DE LOS 6 MESES POSTPARTO

A continación se expondrán los datos de prevalencia de la sospecha de depresión para un punto de corte en la EPDS ≥ 10 y ≥ 11, así como de la depresión mayor y combinada. Posteriormente, se utilizará como variable dependiente la sospecha de depresión, evaluada con la EPDS ≥ 10 y la depresión mayor, para conocer las variables asociadas a ambas situaciones.

5.2.1. Prevalencia de la depresión a los 6 meses postparto

A los 6 meses postparto (Figura 23), la prevalencia de sintomatología depresiva obtenida con la EPDS ≥ 10, se situó en un 26,0% de la muestra (n = 146) y con la EPDS ≥ 11 fue del 23,0% (n = 129). Con la entrevista SCID la prevalencia de depresión combinada fue del 11,8% (n = 66) y de depresión mayor del 10,9% (n = 61).

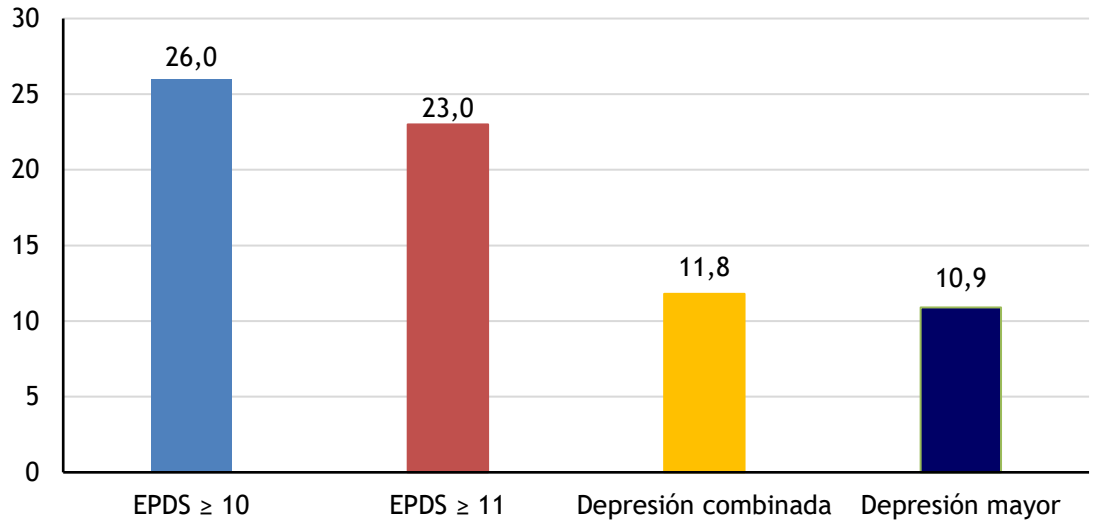

Figura 23. Prevalencia de la depresión a los 6 meses postparto

5.2.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto

5.2.2.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin sospecha de depresión con respecto a las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas (Tabla 79), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el

nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}442$, $p = 0{,}035$, V de Cramer = 0,89), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 13{,}069$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,15) y los ingresos mensuales ($\chi^2_{(3, 561)} = 4{,}617$, $p = 0{,}032$, V de Cramer = 0,10).

Tabla 79. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 415)		Sí depresión (n = 146)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					2,113	0,146	
≤ 30	121	29,2	52	35,6			
> 30	294	70,8	94	64,4			
Estado civil					2,252	0,133	
Sin pareja	18	4,3	11	7,5			
Casada/vive en pareja	397	95,7	135	92,5			
Nivel de estudios					4,442	0,035	0,89
Primarios/Secundarios	211	50,8	89	61,0			
Universitarios	204	49,2	57	39,0			
Situación laboral					13,069	<0,001	0,15
Trabaja	280	67,5	74	50,7			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	135	32,5	72	49,3			
La maternidad influyó negativamente en su situación laboral					0,069	0,793	
No	275	63,3	95	65,1			
Sí	140	33,7	51	34,9			
Ingresos mensuales personales (euros)					4,617	0,032	0,10
≤ 1000	177	49,3	75	60,5			
> 1000	182	50,7	49	39,5			

En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto es mayor el porcentaje de aquellas que sólo tienen estudios primarios o secundarios (61,0% vs. 50,8%), que se encuentran en situación de desempleo (45,3% vs. 32,5%) y que tienen unos ingresos mensuales inferiores o iguales a los 1000 euros (45,3% vs. 32,5%). No se hallaron diferencias en función de la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}113$, $p = 0{,}146$), el estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}252$, $p = 0{,}133$) y la influencia de la maternidad en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}069$, $p = 0{,}793$). Respecto a la media de edad de ambos grupos (32,28 vs. 32,99), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($t_{(561)} = 1{,}554$, $p = 0{,}121$).

5.2.2.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto.

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 80), se encuentran diferencias significativas en función de la planificación de la gestación ($\chi^2_{(1, 561)} = 5{,}452$, $p = 0{,}020$, V de Cramer = 0,10), de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 16{,}851$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,17), de la presencia de complicaciones en el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}098$, $p = 0{,}043$, V de Cramer = 0,09) y de la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1, 561)} = 7{,}438$, $p = 0{,}006$, V de Cramer = 0,12).

Tabla 80. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 415)		Sí depresión (n = 146)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					0,328	0,567	
Primíparas	250	60,2	84	57,5			
Multíparas	165	39,8	62	42,5			
Abortos previos					0,244	0,621	
No	304	73,3	110	75,3			
Sí	111	26,7	36	24,7			
Planificación del embarazo					5,452	0,020	0,10
No	50	12,0	29	19,9			
Sí	365	88,0	117	80,1			
Tratamiento de fertilidad					1,626	0,202	
No	382	92,0	139	95,2			
Sí	33	8,0	7	4,8			
Reacción al confirmar embarazo					16,851	<0,001	0,17
Positiva	397	95,7	125	85,6			
Negativa	18	4,3	21	14,4			
Complicación en el embarazo					4,098	0,043	0,09
No	332	80,0	105	71,9			
Sí	83,0	20,0	41	28,1			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					1,713	0,191	
No	367	88,4	123	84,2			
Sí	48	11,6	23	15,8			
Asistencia a clases de educación maternal					7,438	0,006	0,12
No	138	33,3	67	45,9			
Sí	277	66,7	79	54,1			

En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que no planificaron la gestación (19,9% vs. 12,0%), que reaccionaron de forma negativa ante la confirmación del embarazo (14,4% vs. 4,3%), que presentaron alguna complicación durante el mismo (28,1% vs. 20,0%) y que no asistieron a clases de educación maternal (45,9% vs. 33,3%). No se hallaron diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,328$, $p = 0,567$), la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,244$, $p = 0,621$), el haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,626$, $p = 0,202$), así como el haber realizado el seguimiento del embarazo en la consulta de alto riesgo obstétrico ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,713$, $p = 0,191$).

Con respecto al parto y postparto (Tabla 81), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función del tipo de alimentación del/a recién nacido/a ($\chi^2_{(1, 561)} = 17,167$, p <0,001, V de Cramer = 0,18). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión fue mayor el porcentaje de aquellas que no estaban alimentando a su hijo/a con leche materna (83,6% vs. 65,3%). Las diferencias no fueron estadísticamente significativas en variables como el tipo de parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,132$, $p = 0,568$), la presencia de complicaciones derivadas del mismo ($\chi^2_{(1, 561)} = 1,266$, $p = 0,260$), así como el tener un/a hijo/a con alguna malformación y/o enfermedad y/o que haya requerido hospitalización en algún momento de los primeros 6 meses ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,138$, $p = 0,710$).

Tabla 81. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y postparto.

	No depresión (n = 415)		Sí depresión (n = 146)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					1,132	0,568	
Vaginal	219	52,8	70	47,9			
Instrumental	96	23,1	39	26,7			
Cesárea	100	24,1	37	25,3			
Complicación derivada del parto					1,266	0,260	
No	299	72,0	98	67,1			
Sí	116	28,0	48	32,9			
Hijo/a con malformación y/o enfermedad y/o hospitalizado/a					0,138	0,710	
No	374	90,1	130	89,0			
Sí	41	9,9	16	11,0			
Lactancia materna					17,167	<0,001	0,18
No	271	65,3	122	83,6			
Sí	144	34,7	24	16,4			

Al comparar a las mujeres con sospecha de depresión y sin sopecha de depresión a los 6 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna (Figura 24), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)} = 3{,}020$, $p < 0{,}003$, d Cohen = 0,40), pues las mujeres con sospecha de depresión amamantan por término medio menos días a sus hijos/as (36,15 vs. 52,31).

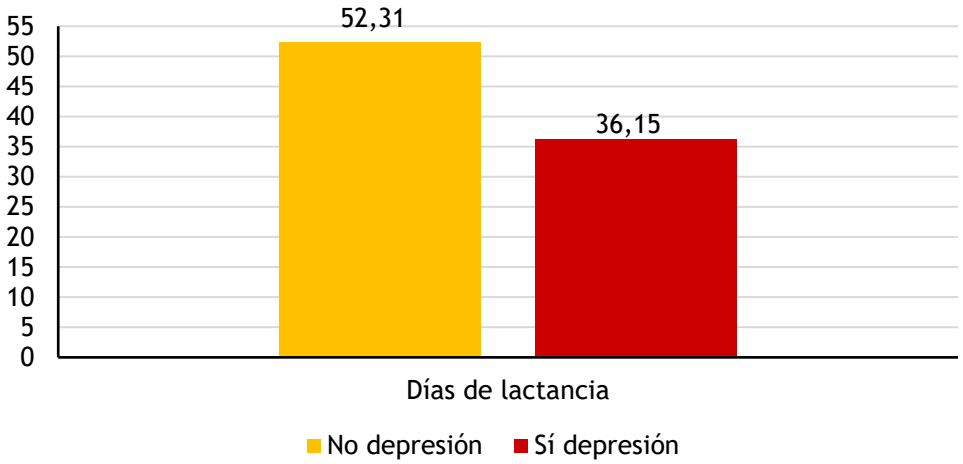

Figura 24. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna.

Así mismo, se encuentran diferencias significativas (Figura 25) al comparar ambos grupos en función de los niveles de satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(561)} = 5{,}326$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 0,54), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(561)} = 4{,}571$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 0,45), con la experiencia del parto ($t_{(561)} = 3{,}586$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 0,34) y con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(561)} = 3{,}428$, $p = 0{,}001$, d Cohen = 0,35). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión informaron de niveles de satisfacción inferiores en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,65 vs. 8,49), atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (7,27 vs. 8,03), experiencia del parto (6,29 vs. 7,19) y atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (7,56 vs. 8,33).

Cuando se compara a las mujeres en función del peso (Tabla 82), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el peso actual respecto a antes del embarazo ($\chi^2_{(2,\ 561)} = 15{,}920$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,17). Concretamente, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que a los 6 meses postparto tienen un peso mayor comparado con el peso anterior a la gestación (73,3% vs. 54,9%).

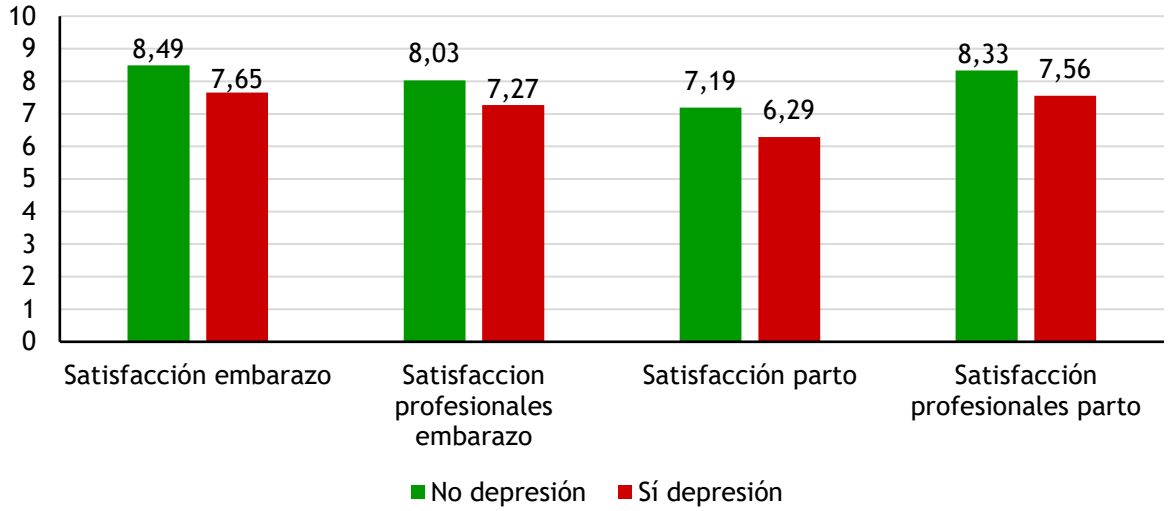

Figura 25. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de los niveles de satisfacción.

Así mismo, se encuentra significación estadística al comparar ambos grupos en función del peso ganado en el embarazo ($t_{(561)}$ = -2,680, p = 0,008, d Cohen = -0,25), pues las mujeres con sospecha de depresión habían ganado más peso durante el mismo (14,41 vs. 13,29).

Tabla 82. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función del peso

	No depresión (n = 415)		Sí depresión (n = 146)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Peso respecto a antes del embarazo					15,920	<0,001	0,17
Igual	131	31,6	24	16,4			
Mayor	228	54,9	107	73,3			
Menor	56	13,5	15	10,3			

5.2.2.3. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre ambos grupos en función de variables psicológicas (Tabla 83), se han encontrado diferencias significativas con respecto a los antecedentes personales de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 21,069, p <0,001, V de Cramer = 0,20), a los antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 8,055, p = 0,005, V de Cramer = 0,12), del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 4,440, p = 0,035, V de Cramer = 0,14) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 84,879, p <0,001, V de Cramer = 0,39). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión a

los 6 meses postparto es mayor el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastorno psicológico (26,6% vs. 10,1%), antecedentes de depresión (12,3% vs. 5,3%), así como de las que tuvieron sintomatología de baby blues en los días posteriores al parto (49,3% vs. 12,5%). Con respecto a las multíparas, entre las mujeres con sospecha de depresión fue mayor el porcentaje de las que manifestaron haber tenido un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos (24,0 vs. 12,7).

Tabla 83. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 415)		Sí depresión (n = 146)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedentes de trastorno psicológico					21,069	<0,001	0,20
No	373	89,9	108	74,0			
Sí	42	10,1	38	26,0			
Antecedentes de depresión					8,055	0,005	0,12
No	393	94,7	128	87,7			
Sí	22	5,3	18	12,3			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					4,440	0,035	0,14
No	144	87,3	47	75,8			
Sí	21	12,7	15	24,2			
Baby Blues					84,879	<0,001	0,39
No	363	87,5	74	50,7			
Sí	52	12,5	72	49,3			
Ansiedad Rasgo					32,177	<0,001	0,24
No	405	97,6	124	84,9			
Sí	10	2,4	22	15,1			
Ansiedad Estado					71,384	<0,001	0,36
No	366	88,2	81	55,5			
Sí	49	11,8	65	44,5			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					31,602	<0,001	0,24
No	397	95,7	118	80,8			
Sí	18	4,3	28	19,2			
Apoyo social					32,569	<0,001	0,24
Bajo	11	2,7	23	15,8			
Normal	404	97,3	123	84,2			

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Es

decir, se hallaron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 32,177, *p* <0,001, V de Cramer = 0,24), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 71,384, *p* <0,001, V de Cramer = 0,36), de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 32,569, *p* <0,001, V de Cramer = 0,24) y de la presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 31,602, *p* <0,001, V de Cramer = 0,24). En concreto, las mujeres con sospecha de depresión presentan en mayor proporción ansiedad rasgo (15,1% vs. 2,4%), ansiedad estado (44,5% vs. 11,8%), baja percepción de apoyo social (15,8% vs. 2,7%), así como en un mayor porcentaje síndrome premenstrual y/o disfórico (19,2% vs. 4,3%).

También se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 26) en ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -11,993, *p* < 0,001, *d* Cohen = 1,13), ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -14,881, *p* < 0,001, *d* Cohen = 1,34), estrés percibido ($t_{(561)}$ = -15,318, *p* < 0,001, *d* Cohen = 1,47), síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -7,085, *p* < 0,001, *d* Cohen = 0,72) y apoyo social percibido ($t_{(561)}$ = 7,928, *p* < 0,001, *d* Cohen = 0,82).

Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (24,59 vs. 15,70), ansiedad estado (28,23 vs. 16,14), estrés percibido (25,27 vs. 15,30) y síntomas premenstruales (14,30 vs. 9,37), así como puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido (41,32 vs. 48,15), apoyo afectivo (15,0 vs. 17,58) y apoyo confidencial (26,20 vs. 30,49).

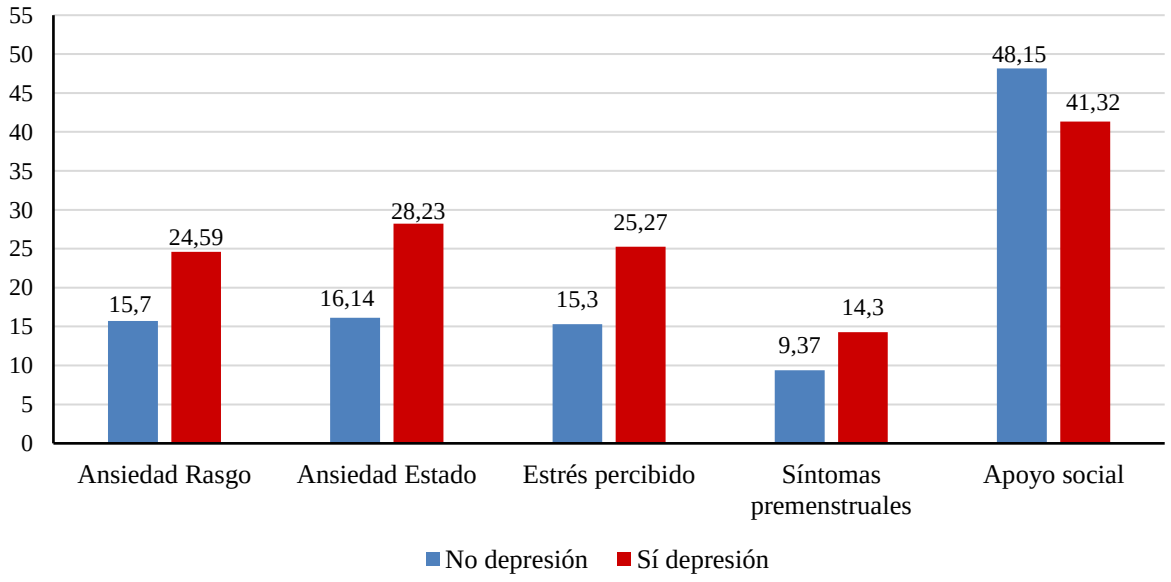

Figura 26. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 6 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

5.2.3. Predictores de la sospecha de depresión a los 6 meses postparto

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la sospecha de depresión a los 6 meses postparto (Tabla 84). Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de depresión (EPDS ≥ 10, sí/ EPDS < 10, no) y como variables independientes el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la situación laboral (trabaja/no trabaja), el nivel de ingresos (≤ 1000 euros/>1000 euros), la planificación del embarazo (sí/no), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), la presencia de complicaciones durante el embarazo (sí/no), la asistencia a clases de educación maternal (sí/no), el nivel de satisfacción con la experiencia del embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la experiencia del parto (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (puntuación de 0 a 10), el tipo de alimentación del recién nacido/a (lactancia materna sí/lactancia materna no), el peso ganado en el embarazo, peso actual respecto a antes del embarazo (menor o igual/mayor), antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico (sí/no), presencia de baby blues en el postparto inmediato (sí/no), ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de bajo apoyo social) y puntuación total en estrés percibido. Además, se incluyeron las variables que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (lactancia materna, sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad estado, estrés percibido y apoyo social).

Los resultados hallados muestran que la situación laboral, el tipo de alimentación del bebé, así como los antecedentes de haber tenido algún trastorno psicológico, la sospecha de depresión, el baby blues, la ansiedad estado, la percepción de apoyo social y la puntuación en estrés percibido son los predictores de la sospecha de depresión a los 6 meses postparto.

En concreto, no estar trabajando (OR = 2,18) y no amantar (OR = 2,61) a los 6 meses postparto fueron predictores de la sospecha de depresión en este momento. Con respecto a las variables psicológicas, tener antecedentes de trastornos psicológicos/psiquiátricos, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes (OR = 2,60), haber tenido sospecha de depresión

en el 1º trimestre (OR = 2,60) y a los 2 meses postparto (OR = 13,83), así como presentar a los 6 meses postparto ansiedad estado elevada (OR = 4,36), mayor percepción de estrés (OR = 1,16) y baja percepción de apoyo social (OR = 4,55) aumenta las posibilidades de sospecha de depresión en este momento. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,472 y un R^2 de Nagelkerke de 0,693.

Tabla 84. Predictores de la sospecha de depresión a los 6 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
No trabajar a los 6 meses postparto	0,76	4,67	0,031	2,18 [1,10 - 4,30]
No amamantar a los 6 meses postparto	1,01	5,82	0,016	2,61 [1,15 - 5,91]
Tener antecedentes de trastorno psicológico	1,16	6,54	0,011	2,60 [1,30 - 5,22]
Sospecha de depresión en el 1º trimestre	0,84	5,40	0,020	2,60 [1,30 - 5,22]
Sospecha de depresión a los 2 meses postparto	2,67	57,96	<0,001	13,83 [7,05 - 27,14]
Ansiedad estado elevada a los 6 meses postparto	1,37	11,60	0,001	4,36 [1,99 - 9,53]
Mayor percepción de estrés a los 6 meses postparto	0,16	30,45	<0,001	1,16 [1,10 - 1,23]
Baja percepción de apoyo social a los 6 meses postparto	1,50	5,48	0,019	4,55 [1,31 - 15,84]
Constante	-7,01	76,69	<0,001	0,000

5.2.4. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto

5.2.4.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin depresión mayor con respecto a las mujeres con depresión mayor en función de variables sociodemográficas (Tabla 85), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables analizadas tales como la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,877$, $p = 0,349$), el estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,041$, $p = 0,115$), el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 3,009$, $p = 0,083$), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,491$, $p = 0,484$), la influencia de la maternidad en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,856$, $p = 0,355$) y los ingresos mensuales personales ($\chi^2_{(3, 561)} = 2,158$, $p = 0,152$).

Se encuentran diferencias significativas al comparar ambos grupos en función de la media de edad ($t_{(561)} = 2,012$, $p = 0,045$, *d* Cohen = 0,26), ya que las mujeres con depresión mayor tienen una edad media inferior (31,66 vs. 32,94).

Tabla 85. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 500)		Sí depresión (n = 61)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Edad					0,877	0,349
≤ 30	151	30,2	22	36,1		
> 30	349	69,8	39	63,9		
Estado civil					3,041	0,115
Sin pareja	23	4,6	6	9,8		
Casada/vive en pareja	477	95,4	55	90,2		
Nivel de estudios					3,009	0,083
Primarios/Secundarios	261	52,2	39	63,9		
Universitarios	239	47,8	22	36,1		
Situación laboral					0,491	0,484
Trabaja	318	63,6	36	59,0		
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	182	36,4	25	41,0		
La maternidad influyó negativamente en su situación laboral					0,856	0,355
No	333	66,6	37	60,7		
Sí	167	33,4	24	39,3		
Ingresos mensuales personales (euros)					2,158	0,152
≤ 1000	221	55,0	31	62,0		
> 1000	212	49,0	19	38,0		

5.2.4.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 86), solo se encuentran diferencias significativas respecto a la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 6,441, p = 0,027, V de Cramer = 0,11). En concreto, entre las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto, es mayor el porcentaje de aquellas que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (14,8% vs. 6,0%).

No se hallaron diferencias significativas en función de la paridad ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 0,840, p = 0,359), la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 0,374, p = 0,541), la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 1,768, p = 0,184), el haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 0,506, p = 0,606), la existencia de complicaciones en el embarazo ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 1,131, p = 0,250), el seguimiento del embarazo en la consulta de alto riesgo obstétrico ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 1,790, p = 0,181), así como en la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1,\ 561)}$ = 2,586, p = 0,108).

Tabla 86. Características de las mujeres con depresión a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 500)		Sí depresión (n = 61)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					0,840	0,359	
Primíparas	301	60,2	33	54,1			
Multíparas	199	39,8	28	45,9			
Abortos previos					0,374	0,541	
No	367	73,4	47	77,0			
Sí	133	26,6	14	23,0			
Planificación del embarazo					1,768	0,184	
No	67	13,4	12	19,7			
Sí	433	86,6	49	80,3			
Tratamiento de fertilidad					0,506	0,606	
No	463	92,6	58	95,1			
Sí	37	7,4	3	4,9			
Reacción al confirmar embarazo					6,441	0,027	0,11
Positiva	470	94,0	52	85,2			
Negativa	30	6,0	9	14,8			
Complicación en el embarazo					1,321	0,250	
No	393	78,6	44	72,1			
Sí	107	21,4	17	27,9			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					1,790	0,181	
No	440	88,0	50	82,0			
Sí	60	12,0	11	18,0			
Asistencia a clases de educación maternal					2,586	0,108	
No	177	35,4	28	45,9			
Sí	323	64,6	33	54,1			

Con respecto al parto y postparto (Tabla 87), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la presencia de complicaciones en el parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 4{,}568$, $p = 0{,}033$, V de Cramer = 0,10). En concreto, entre las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto, es mayor el porcentaje de aquellas que informaron haber tenido, tanto ellas como sus hijos, alguna complicación en el parto y/o derivada del mismo (41,0 vs. 27,8). No se hallaron diferencias en función del tipo de parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}975$, $p = 0{,}06$), de tener un/a hijo/a con una malformación y/o enfermedad y/o de haber estado hospitalizado ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}582$, $p = 0{,}208$), así como en función del tipo de alimentación del/a recién nacido/a ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}433$, $p = 0{,}119$), ni de la duración de la lactancia materna ($t_{(561)} = 1{,}690$, $p = 0{,}092$) en días (33,58 vs. 48,95).

Tabla 87. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y el postparto.

	No depresión (n = 500)		Sí depresión (n = 61)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					1,975	0,06	
Eutócico	262	52,4	27	44,3			
Instrumental	120	24,0	15	24,6			
Cesárea	118	23,6	19	31,1			
Complicación derivada del parto					4,568	0,033	0,10
No	361	72,2	36	59,0			
Sí	139	27,8	25	41,0			
Hijo/a con malformación y/o enfermedad y/o hospitalizado/a					1,582	0,208	
No	452	90,4	52	85,2			
Sí	48	9,6	9	14,8			
Lactancia materna					2,433	0,119	
No	345	69,0	48	78,7			
Sí	155	31,0	13	21,3			

Al comparar a las mujeres con depresión mayor y sin depresión mayor en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto (Figura 27), se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en función del nivel de satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(561)}$ = 3,932, p < 0,001, d Cohen = 0,58), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(561)}$ = 3,734, p < 0,001, d Cohen = 0,49), con la experiencia del parto ($t_{(561)}$ = 2,756, p = 0,007, d Cohen = 0,36) y con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(561)}$ = 3,144, p = 0,002, d Cohen = 0,48). En concreto, las mujeres con depresión mayor presentan niveles de satisfacción inferiores en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,41 vs. 8,37), atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (7,08 vs. 7,92), experiencia del parto (5,97 vs. 7,08) y atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (7,11 vs. 8,25).

Al comparar a las mujeres de ambos grupos en función del peso a los 6 meses postparto respecto a antes del embarazo ($\chi^2_{(2, 561)}$ = 3,164, p = 0,206), es decir, de la ganancia de peso no perdida, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Tabla 88). Se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en función del peso ganado durante el embarazo ($t_{(561)}$ = -2,306, p =0,024, d Cohen = -0,34). Concretamente, las mujeres con depresión mayor ganan más peso durante el embarazo (15,0 vs. 13,41) que las mujeres sin depresión mayor.

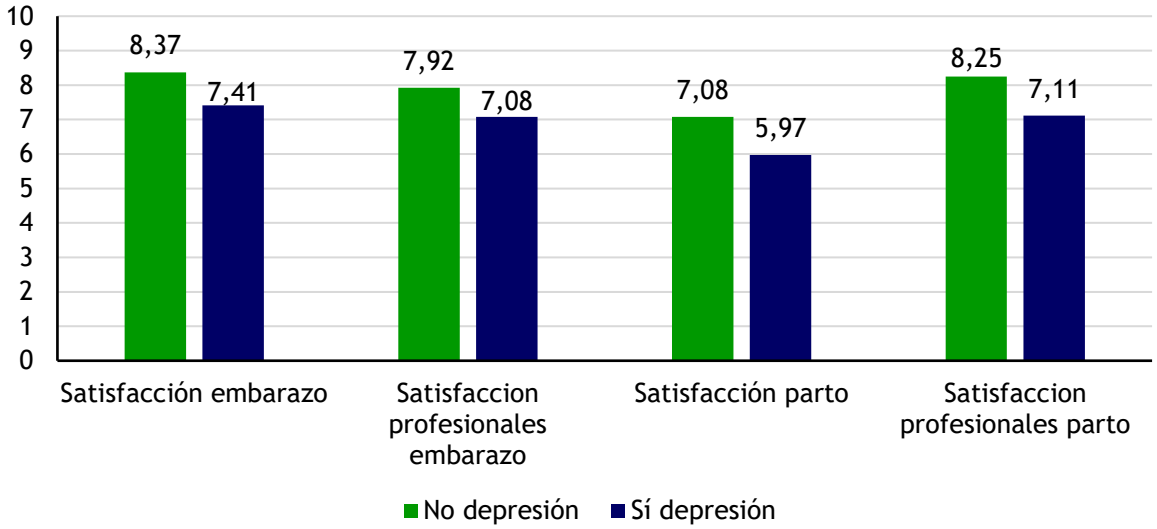

Figura 27. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función del grado de satisfacción con el embarazo y el parto.

Tabla 88. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función del peso.

	No depresión (n = 500)		Sí depresión (n = 61)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Peso respecto a antes del embarazo					3,164	0,206
Igual	144	28,8	11	18,0		
Mayor	294	58,8	41	67,2		
Menor	62	12,4	9	14,8		

5.2.4.3. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre mujeres sin depresión mayor con respecto a las mujeres con depresión mayor en función de variables psicológicas (Tabla 89), se han encontrado diferencias significativas respecto a la presencia de antecedentes personales de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 5,063, p = 0,024, V de Cramer = 0,10), del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 227)}$ = 4,320, p = 0,038, V de Cramer = 0,14) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1, 227)}$ = 54,163, p <0,001, V de Cramer = 0,31). Concretamente, entre las mujeres con depresión mayor a los 6 meses es mayor el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastorno psicológico (24,6% vs. 13,0%) y que informaron tener baby blues los primeros días después del parto (59,0% vs. 17,6%). Con respecto a las multíparas, entre las que tenían depresión mayor a los 6 meses fue mayor el porcentaje de las que manifestaron haber experimentado un empeoramiento de su estado de ánimo en embarazos previos (25,0% vs. 14,6%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en la presencia de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 3,702, p = 0,054) y de estar recibiendo tratamiento psicológico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,022, p = 0,604) o por depresión ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 0,830, p = 0,370) a los 6 meses postparto.

Tabla 89. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 500)		Sí depresión (n = 61)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					5,063	0,024	0,10
No	435	87,0	46	75,4			
Sí	65	13,0	15	24,6			
Antecedente de depresión					3,702	0,054	
No	468	93,6	53	86,9			
Sí	32	6,4	8	13,1			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					4,320	0,038	0,14
No	170	85,4	21	75,0			
Sí	29	14,6	7	25,0			
Baby Blues					54,163	<0,001	0,31
No	412	82,4	25	41,0			
Sí	88	17,6	36	59,0			
Ansiedad Rasgo					24,826	<0,001	0,21
No	480	96,0	49	80,3			
Sí	20	4,0	12	19,7			
Ansiedad Estado					31,320	<0,001	0,24
No	415	83,0	32	52,5			
Sí	85	17,0	29	47,5			
Apoyo social					27,961	<0,001	0,22
Bajo	21	4,2	13	21,3			
Normal	479	95,8	48	78,7			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					11,967	0,001	0,15
No	466	93,2	49	80,3			
Sí	34	6,8	12	19,7			

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Se hallaron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 24,826, p <0,001, V de Cramer = 0,21), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 31,320, p <0,001, V de Cramer = 0,24), de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 27,961, p <0,001, V de Cramer = 0,22) y de la

presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 11,967, p = 0,001, V de Cramer = 0,15). En concreto, las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto presentan en mayor porcentaje ansiedad rasgo (19,7% vs. 4,0%), ansiedad estado (47,5% vs. 17,0%), baja percepción de apoyo social (21,3% vs. 4,2%) y síndrome premenstrual y/o disfórico (19,7% vs. 6,8%).

Por otro lado, se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 28) en ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -6,817, p < 0,001, d Cohen = -0,90), ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -9,042, p < 0,001, d Cohen = -1,11), estrés percibido ($t_{(561)}$ = -10,103, p < 0,001, d Cohen = -1,44), la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -3,537, p < 0,001, d Cohen = -0,45) y el apoyo social percibido ($t_{(561)}$ = 5,728, p < 0,001, d Cohen = 0,86). Concretamente, las mujeres con depresión mayor a los 6 meses obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (24,85 vs. 17,18), ansiedad estado (28,22 vs. 18,13), estrés percibido (26,95 vs. 16,79) y síntomas premenstruales (13,54 vs. 10,30). Así mismo, obtienen puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido (39,56 vs. 47,20),

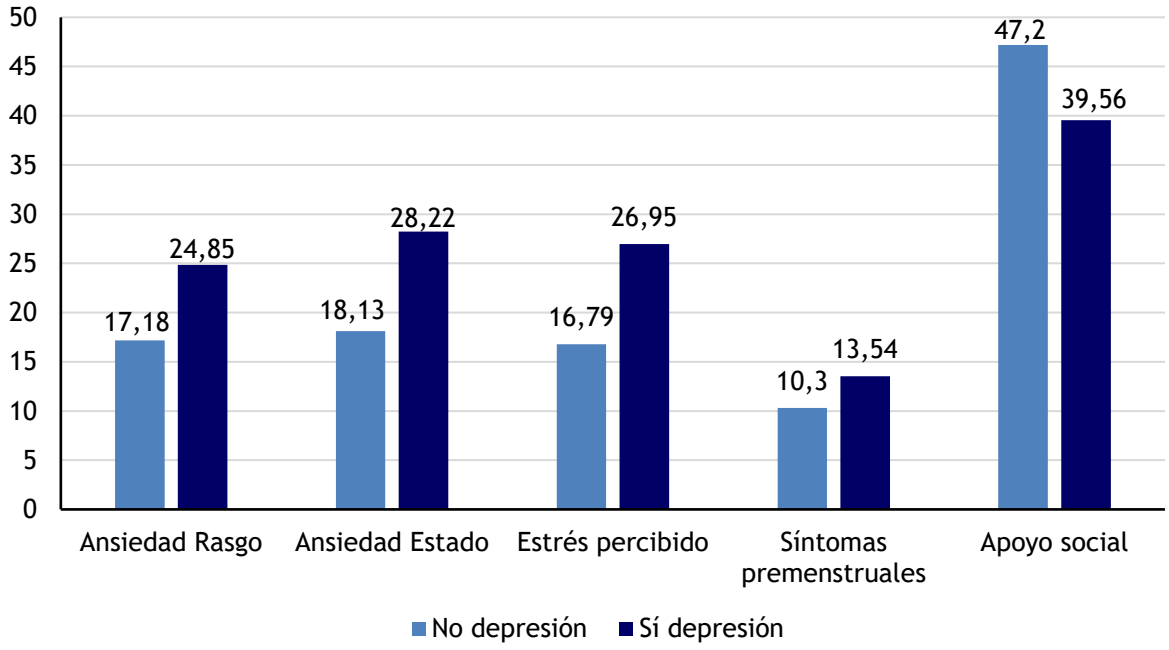

Figura 28. Características de las mujeres con depresión mayor a los 6 meses postparto en función de las puntuaciones obtenidas en los tests psicológicos.

5.2.5. Predictores de la depresión mayor a los 6 meses postparto

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la depresión mayor a los 6 meses postparto. Como variable dependiente se utilizó el estatus de depresión mayor (depresión mayor sí/depresión mayor no) y como variables independientes la media de edad, la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), la presencia de complicaciones en el parto (no/sí), el nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la experiencia del parto (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (puntuación de 0 a 10), el peso ganado en el embarazo, los antecedentes personales de trastorno psicológico/psiquiátrico (sí/no), la presencia de baby blues en el postparto inmediato (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de bajo apoyo social) y puntuación total en estrés percibido, Además, se incluyeron las variables que obtenían diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (lactancia materna, sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad estado, estrés percibido y apoyo social).

Los resultados hallados muestran que la ansiedad estado, la sopecha de depresión, la depresión mayor y el estrés percibido son los predictores de la depresión mayor a los 6 meses postparto (Tabla 90). En concreto, presentar en el tercer trimestre sospecha de depresión (OR = 4,89), depresión mayor (OR = 7,39) y ansiedad estado elevada (OR = 3,34), así como presentar depresión mayor a los 2 meses postparto (OR = 11,85) y mayor percepción de estrés a los 6 meses (OR = 1,11), aumenta las probabilidades de tener depresión mayor a los 6 meses postparto.

Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,261 y un R^2 de Nagelkerke de 0,524.

Tabla 90. Predictores de depresión mayor a los 6 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Ansiedad estado elevada en el 3º trimestre	1,21	4,32	0,038	3,34 [1,07 – 10,42]
Sospecha de depresión en el 3º trimestre	1,59	16,12	<0,001	4,89 [2,25 – 10,62]
Depresión mayor en el 3º trimestre	2,00	13,24	<0,001	7,39 [2,52 – 21,71]
Depresión mayor a los 2 meses postparto	2,47	37,10	<0,001	11,85 [5,35 – 26,26]
Mayor percepción de estrés a los 6 meses postparto	0,11	16,01	<0,001	1,11 [1,06 – 1,17]
Constante	-6,93	53,77	<0,001	0,001

5.3. DATOS DE LOS 12 MESES POSTPARTO

A continuación, se expondrán los datos obtenidos de prevalencia de la sospecha de depresión para un punto de corte en la EPDS ≥ 10 y ≥ 11, así como de la depresión mayor y combinada. Posteriormente, se utilizará como variable dependiente la sospecha de depresión, evaluada con la EPDS ≥ 10, y la depresión mayor, para conocer las variables asociadas con ambas.

5.3.1. Prevalencia de la depresión a los 12 meses postparto

La prevalencia (Figura 29) de sintomatología depresiva obtenida con la EPDS ≥10 se situó en un 25,3% de la muestra (n = 142) y con la EPDS ≥11 la prevalencia fue del 21,6% (n = 121). Con la entrevista SCID la prevalencia de depresión combinada fue del 15,5% (n = 87) y de depresión mayor fue del 14,8% (n = 83).

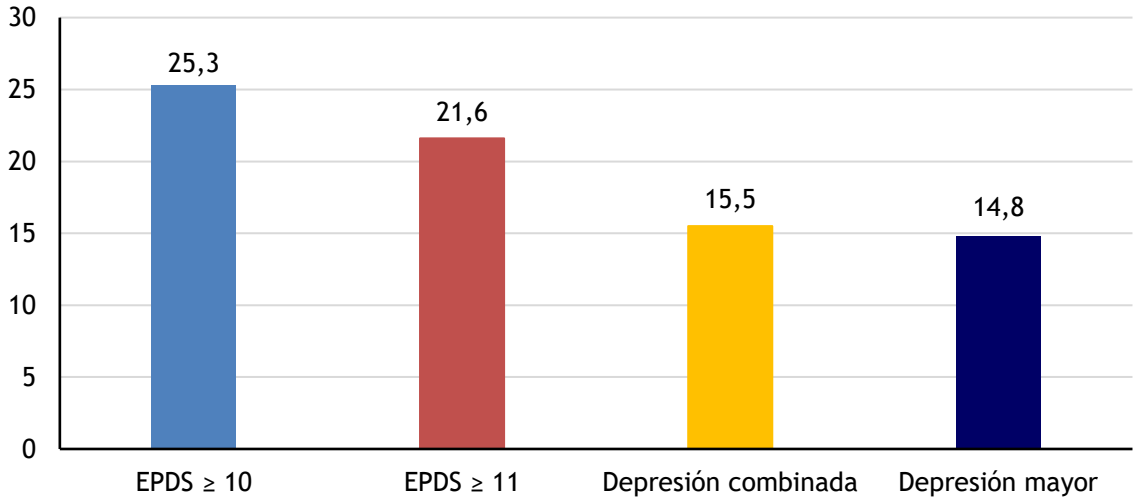

Figura 29. Prevalencia de la depresión a los 12 meses postparto.

5.3.2. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto

5.3.2.1. Variables sociodemográficas

A los 12 meses postparto, cuando se compara a las mujeres sin sospecha de depresión con respecto a las mujeres con sospecha de depresión en función de variables sociodemográficas (Tabla 91), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 9{,}780$, $p = 0{,}002$, V de Cramer = 0,13), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 6{,}692$, $p = 0{,}010$, V de Cramer = 0,11), la influencia de la maternidad en la situación laboral

($\chi^2_{(1, 561)} = 8{,}142$, $p = 0{,}004$, V de Cramer = 0,12), el nivel de ingresos mensuales personales ($\chi^2_{(3, 561)} = 5{,}426$, $p = 0{,}020$, V de Cramer = 0,11), la influencia de la maternidad en la relación de pareja ($\chi^2_{(1, 561)} = 134{,}601$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,49) y el haberse separado/divorciado en los doce meses tras el parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 21{,}509$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,20).

Tabla 91. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 419)		Sí depresión (n = 142)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					1,200	0,273	
≤ 30	124	29,6	49	34,5			
> 30	295	70,4	93	65,5			
Estado civil (1º Trimestre)					0,530	0,511	
Sin pareja	20	4,8	9	6,3			
Casada/vive en pareja	399	95,2	133	93,7			
La maternidad influyó en su relación de pareja					134,601	<0,001	0,49
No	341	81,4	41	28,9			
Sí	78	18,6	101	71,1			
Separación/divorcio desde el parto					21,509	<0,001	0,20
No	41	99,0	130	91,5			
Sí	4	1,0	12	8,5			
Nivel de estudios					9,780	0,002	0,13
Primarios/Secundarios	208	49,6	92	64,8			
Universitarios	211	50,4	50	35,2			
Situación laboral					6,692	0,010	0,11
Trabaja	305	72,8	87	61,3			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	114	27,2	55	38,7			
La maternidad influyó en su situación laboral negativamente					8,142	0,004	0,12
No	291	69,5	80	56,6			
Sí	128	30,5	62	43,7			
Ingresos mensuales personales (euros)					5,426	0,020	0,11
≤ 1000	180	49,2	72	61,5			
> 1000	186	50,8	45	38,5			

En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses es mayor el porcentaje de aquellas que sólo tienen estudios primarios o secundarios (64,8% vs. 49,6%), que se encuentran en situación de desempleo (38,7% vs. 27,2%) y que tienen ingresos mensuales personales inferiores o iguales a los 1000 euros (61,5% vs. 49,2%). Así mismo, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que perciben que la maternidad influyó negativamente en su situación laboral (43,7% vs. 30,5%) y en su relación de pareja (71,1% vs. 18,6%), así como de las que iniciaron trámites de separación/divorcio en el periodo de los 12 meses después del parto (8,5% vs. 1,0%).

Respecto a la media de edad, no se hallaron diferencias significativas ($t_{(561)} = 0,680$, $p = 0,497$) entre ambos grupos (32,57 vs. 32,88).

5.3.2.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto

Al comparar a las mujeres de ambos grupos en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 92), se encuentran diferencias significativas en función de la planificación del embarazo ($\chi^2_{1, 561)} = 6,317$, $p = 0,012$, V de Cramer = 0,11), de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 18,051$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,18), de la presencia de complicaciones durante el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 4,063$, $p = 0,044$, V de Cramer = 0,09) y de la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1, 561)} = 5,964$, $p = 0,015$, V de Cramer = 0,10). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión, es mayor el porcentaje de aquellas que no planificaron el embarazo (20,4% vs. 11,9%), que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (14,8% vs. 4,3%), que presentaron alguna complicación durante el mismo (28,2% vs. 20,0%) y que no asistieron a clases de educación maternal (45,1% vs. 33,7%).

Tabla 92. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 419)		Sí depresión (n = 142)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					2,226	0,136	
Primíparas	257	61,3	77	54,2			
Multíparas	162	38,7	65	45,8			
Abortos previos					0,071	0,790	
No	308	73,5	106	74,6			
Sí	111	26,5	36	25,4			
Planificación del embarazo					6,317	0,012	0,11
No	50	11,9	29	20,4			
Sí	369	88,1	113	79,6			
Tratamiento de fertilidad					0,643	0,571	
No	387	92,4	134	94,4			
Sí	32	7,6	8	5,6			
Reacción al confirmar embarazo					18,051	<0,001	0,18
Positiva	401	95,7	121	85,2			
Negativa	18	4,3	21	14,8			
Complicación en el embarazo					4,063	0,044	0,09
No	335	80,0	102	71,8			
Sí	84	20,0	40	28,2			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					2,157	0,142	
No	371	88,5	119	83,8			
Sí	48	11,5	23	16,2			
Asistencia a clases de educación maternal					5,964	0,015	0,10
No	141	33,7	64	45,1			
Sí	278	66,3	78	54,9			

No se hallaron diferencias en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}226$, $p = 0{,}136$), la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}071$, $p = 0{,}790$), el haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}643$, $p = 0{,}571$) y el seguimiento del mismo en la consulta de alto riesgo obstétrico ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}157$, $p = 0{,}142$).

Respecto al parto y postparto (Tabla 93), solo se hallaron diferencias en la práctica de la lactancia materna ($\chi^2_{(1, 561)} = 12{,}563$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,15), pues una mayor proporción de mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto no estaban alimentando a su hijo/a con leche materna (93,7% vs. 81,1%).

Tabla 93. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y postparto.

	No depresión (n = 419)		Sí depresión (n = 142)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					3,111	0,21	
Eutócico	224	53,5	65	45,8			
Instrumental	94	22,4	41	28,9			
Cesárea	101	24,1	36	25,4			
Complicación derivada del parto					0,884	0,347	
No	295	70,4	94	66,2			
Sí	124	29,6	48	33,8			
Hijo/a con enfermedad y/o hospitalizado/a					1,001	0,317	
No	348	83,1	123	86,6			
Sí	71	16,9	19	13,4			
Lactancia materna					12,563	<0,001	0,15
No	340	81,1	133	93,7			
Sí	79	18,9	9	6,3			

No se hallaron diferencias entre ambos grupos de mujeres en el tipo de parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}089$, $p = 0{,}765$), en la presencia de alguna complicación, tanto en la madre como en el hijo, derivada del parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}864$, $p = 0{,}347$), en tener un/a hijo/a con alguna malformación y/o enfermedad y/o hospitalizado ($\chi^2_{(1, 561)} = 1{,}001$, $p = 0{,}317$).

Así mismo, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos en función de la duración de la lactancia materna ($t_{(561)} = 4{,}225$, $p < 0{,}001$, *d* Cohen = 0,41), pues las mujeres con sospecha de depresión amamantan menos días a sus hijos/as (42,74 vs. 75,25) que las mujeres sin sospecha de depresión (Figura 30).

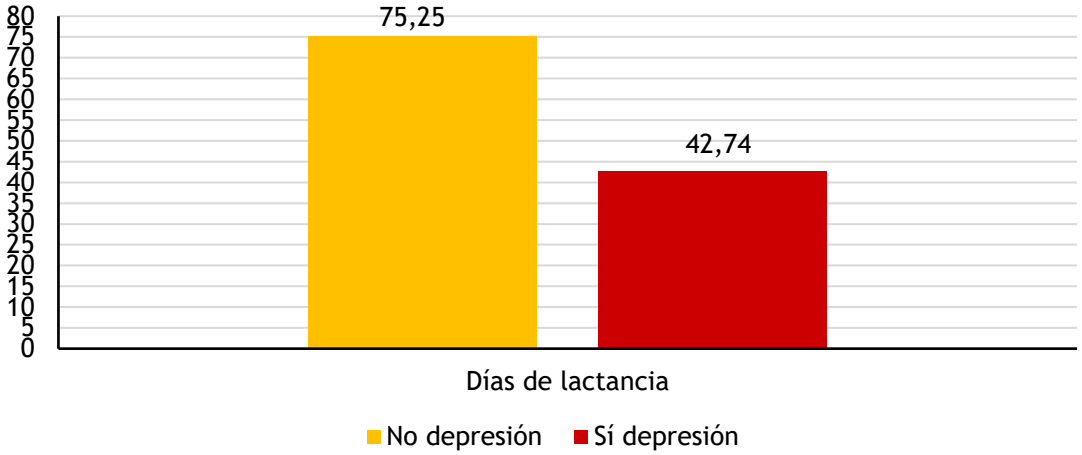

Figura 30. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna.

Por otro lado, se hallaron diferencias significativas (Figura 31) entre ambos grupos en función del nivel de satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(561)} = 0,270$, $p < 0,001$, d Cohen = -0,61), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(561)} = 4,817$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,49), con la experiencia del parto ($t_{(561)} = 3,248$, $p = 0,001$, d Cohen = 0,32) y con la atención recibida por parte de los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(561)} = 3,888$, $p < 0,001$, d Cohen = 0,39). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses presentan niveles de satisfacción inferiores en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,59 vs. 8,50), atención recibida durante el embarazo (7,22 vs. 8,04), experiencia del parto (6,34 vs. 7,17) y atención recibida durante el parto (7,49 vs. 8,34).

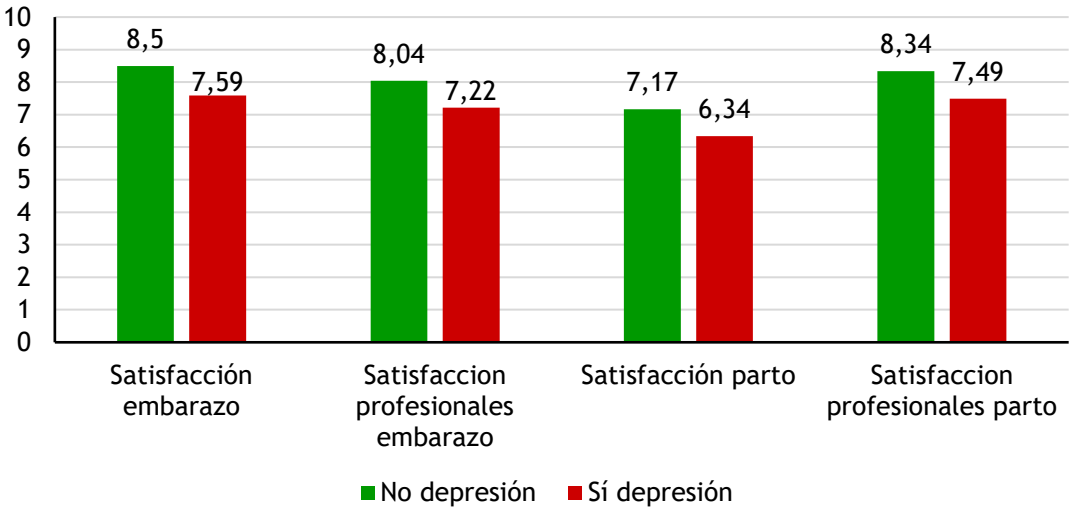

Figura 31. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto.

Respecto al peso (Tabla 94), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función del peso ganado con respecto a antes del embarazo ($\chi^2_{(2, 561)}$ = 22,067, p < 0,001, V de Cramer = 0,20). Concretamente, entre las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto es mayor el porcentaje de aquellas que tienen en este momento un peso mayor con respecto a antes del embarazo (69,0% vs. 46,3%). Por otro lado, se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en función del peso ganado durante el embarazo ($t_{(561)}$ = -2,363, p < 0,019, d Cohen = -0,24), pues las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto ganaron más peso durante el embarazo (14,39 kg. vs. 13,30 kg.) que las mujeres sin sospecha de depresión.

Tabla 94. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función del peso.

	No depresión (n = 419)		Sí depresión (n = 142)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Peso respecto a antes del embarazo					22,067	<0,001	0,20
Igual	151	36,0	28	19,7			
Mayor	194	46,3	98	69,0			
Menor	74	17,7	16	11,3			

5.3.2.3. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre ambos grupos de mujeres en función de variables psicológicas (Tabla 95), se han encontrado diferencias significativas con respecto a los antecedentes personales de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 6,599, p = 0,010, V de Cramer = 0,11), del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 227)}$ = 5,233, p = 0,022, V de Cramer = 0,15) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 58,246, p <0,001, V de Cramer = 0,32). Concretamente, entre las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto es mayor el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastorno psicológico (21,1% vs. 11,9%) y de las que informaron haber tenido baby blues en los días posteriores al parto (45,1% vs. 14,3%). Así mismo, con respecto a las multíparas, es mayor el porcentaje de aquellas que experimentaron un empeoramiento del estado de ánimo en sus anteriores embarazos (24,6% vs. 12,3%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la presencia de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 1,177, p = 0,278). Por otro lado, los datos

correspondientes a estar recibiendo tratamiento por la presencia de algún trastorno psicológico en general o por la presencia de depresión en particular, no fueron incluidos por no haber casos suficientes en alguna de las categorías.

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Se hallaron diferencias en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 20,828, p <0,001, V de Cramer = 0,19), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 225,133, p <0,001, V de Cramer = 0,63), de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 147,384, p <0,001, V de Cramer = 0,51) y de la presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 22,346, p < 0,001, V de Cramer = 0,20).

Tabla 95. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 419)		Sí depresión (n = 142)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					6,599	0,010	0,11
No	369	88,1	112	78,9			
Sí	50	11,9	30	21,1			
Antecedente de depresión					1,177	0,278	
No	392	93,6	129	90,8			
Sí	27	6,4	13	9,2			
Empeoramiento estado de ánimo en embarazos anteriores (n = 227)					5,233	0,022	0,15
No	142	87,7	49	75,4			
Sí	20	12,3	16	24,6			
Baby Blues					58,246	<0,001	0,32
No	359	85,7	78	54,9			
Sí	60	14,3	64	45,1			
Ansiedad Rasgo					20,828	<0,001	0,19
No	406	96,9	123	86,6			
Sí	13	3,1	19	13,4			
Ansiedad Estado					225,133	<0,001	0,63
No	406	96,9	60	42,3			
Sí	13	3,1	82	57,7			
Apoyo Social					147,384	<0,001	0,51
Bajo	15	3,6	63	44,4			
Normal	404	96,4	79	55,6			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					22,346	<0,001	0,20
No	398	95,0	117	82,4			
Sí	21	5,0	25	17,6			

En concreto, las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto presentan en mayor porcentaje ansiedad rasgo (13,4% vs. 3,1%), ansiedad estado (57,7% vs. 3,1%), síndrome premenstrual y/o disfórico (17,6% vs. 5,0%) y baja percepción de apoyo social (44,4% vs. 3,6%).

También se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 32) en función de la ansiedad rasgo ($t_{(561)} = 10{,}187$, $p < 0{,}001$, d Cohen = -0,98), la ansiedad estado ($t_{(561)} = 18{,}766$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 1,82), el estrés percibido ($t_{(561)} = 21{,}754$, $p < 0{,}019$, d Cohen = 0,23), la presencia de síntomas premenstruales ($t_{(561)} = 2{,}361$, $p = 0{,}001$, d Cohen = 2,13) y el apoyo social percibido ($t_{(561)} = 17{,}547$, $p < 0{,}001$, d Cohen = 1,75). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (23,87 vs. 16,02), ansiedad estado (29,63 vs. 13,11), estrés percibido (29,06 vs. 14,57) y síntomas premenstruales (13,44 vs. 9,71). Así mismo, obtienen puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido (34,85 vs. 48,29).

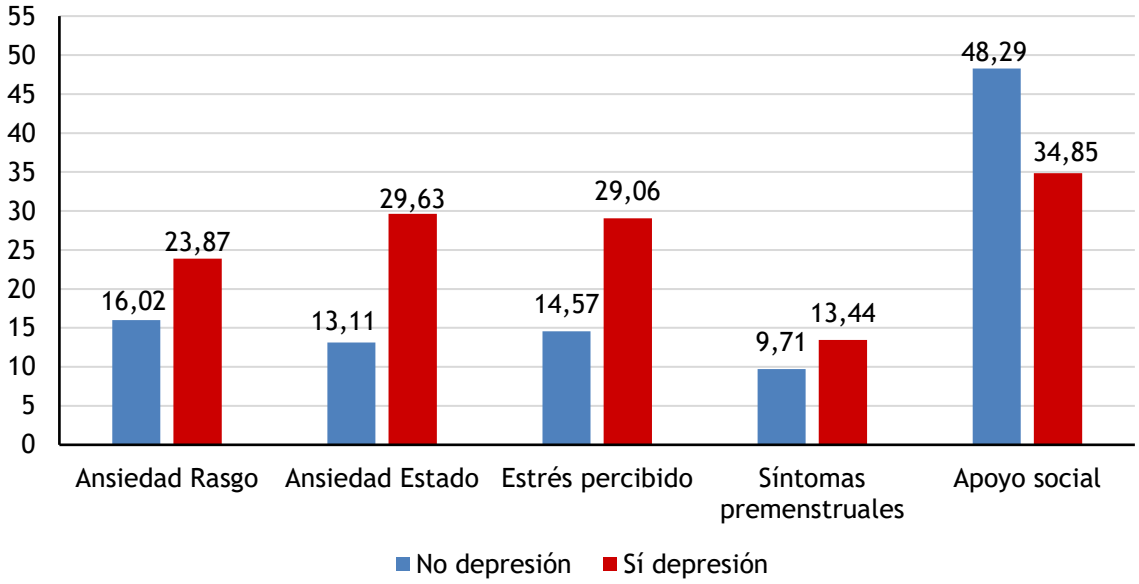

Figura 32. Características de las mujeres con sospecha de depresión a los 12 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

5.3.3. Predictores de la sospecha de depresión a los 12 meses postparto

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la sospecha de depresión a los 12 meses postparto (Tabla 96).

Como variable dependiente se utilizó el estatus de sospecha de depresión (EPDS ≥ 10, sí/ EPDS < 10, no) y como variables independientes el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la situación laboral (trabaja/no trabaja), la influencia de la maternidad a nivel laboral (sí/no), el nivel de ingresos (≤ 1000/ > 1000), la planificación del embarazo (sí/no), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), la presencia de complicaciones durante el embarazo (sí/no), la asistencia a clases de educación maternal (sí/no), el nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la experiencia del parto (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (puntuación de 0 a 10), la influencia de la maternidad en la relación de pareja (sí/no), la separación/divorcio desde el parto (sí/no), el tipo de alimentación del recién nacido/a (lactancia materna sí/lactancia materna no), el peso ganado en el embarazo, peso actual respecto a antes el embarazo (menor-igual/mayor), los antecedentes personales de trastorno psicológico (sí/no), el baby blues (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), la ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), el síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), la percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de bajo apoyo social) y la puntuación total en estrés percibido. Además, se incluyeron las variables que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (lactancia materna, sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad estado, estrés percibido y apoyo social).

Los resultados hallados muestran que la influencia de la maternidad en la relación de pareja, el tipo de alimentación del/a recién nacido/a, la sospecha de depresión, la percepción de apoyo social y el estrés percibido son los predictores de la sospecha de depresión a los 12 meses postparto. En concreto, no estar amantando a los 2 meses postparto (OR = 2,77) fue una variable predictora de la sospecha de depresión a los 12 meses. También lo fue informar a los 12 meses de que la maternidad había influido negativamente en la relación de pareja (OR = 4,34). Por otro lado, con respecto a las variables psicológicas, haber tenido sospecha de depresión a los 2 meses (OR = 3,03) y 6 meses postparto (OR = 2,59), así como tener una mayor percepción de estrés (OR = 1,24) y baja percepción de apoyo social (OR = 4,69) a los 12 meses, aumenta las posibilidades de sospecha de depresión en este momento. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,505 y un R^2 de Nagelkerke de 0,754.

Tabla 96. Predictores de la sospecha de depresión a los 12 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
Influencia negativa de la maternidad en la relación de pareja	1,47	14,23	<0,001	4,34 [2,02 – 9,30]
No amamantar a los 2 meses postparto	1,02	7,00	0,008	2,77 [1,30 – 5,89]
Sospecha de depresión a los 2 meses postparto	1,11	6,45	0,011	3,03 [1,29 – 7,10]
Sospecha de depresión a los 6 meses	0,95	4,67	0,031	2,59 [1,09 – 6,13]
Mayor percepción de estrés a los 12 meses	0,21	36,25	<0,001	1,24 [1,16 – 1,33]
Menor percepción de apoyo social a los 12 meses	1,55	9,81	0,002	4,69 [1,78 – 12,32]
Constante	-8,79	79,71	<0,001	0,000

5.3.4. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto

5.3.4.1. Variables sociodemográficas

Cuando se compara a las mujeres sin depresión mayor con respecto a las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas (Tabla 97), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 561)} = 10,535$, $p = 0,001$, V de Cramer = 0,14), la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 4,259$, $p = 0,038$, V de Cramer = 0,09), el nivel de ingresos mensuales ($\chi^2_{(3, 561)} = 7,005$, $p = 0,008$, V de Cramer = 0,12), la influencia de la maternidad en la relación de pareja ($\chi^2_{(1, 561)} = 146,948$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,51) y el inicio de trámites de separación/divorcio ($\chi^2_{(1, 561)} = 29,733$, $p < 0,001$, V de Cramer = 0,23). En concreto, entre las mujeres con depresión es mayor el porcentaje de aquellas que sólo tienen estudios primarios o secundarios (69,9% vs. 50,6%), que se encuentran en situación de desempleo (39,8% vs. 28,5%) y que tienen ingresos mensuales personales iguales o inferiores a los 1000 euros (67,2% vs. 49,8%). Así mismo, entre las mujeres con depresión mayor es mayor el porcentaje de aquellas que perciben que la maternidad influyó de forma negativa en su relación de pareja (89,2% vs. 22,0%) y que iniciaron trámites de separación/divorcio en algún momento a lo largo de los 12 meses después del parto (12,0% vs. 1,3%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres con respecto a la edad ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,131$, $p = 0,718$), el estado civil ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,843$, $p = 0,359$) y la influencia de la maternidad en la situación laboral ($\chi^2_{(1, 561)} = 2,190$, $p = 0,139$).

Respecto a la media de edad tampoco se encontraron diferencias significativas ($t_{(561)} = 0,244$, $p = 0,807$, entre ambos grupos de mujeres (32,69 vs. 32,82).

Tabla 97. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 478)		Sí depresión (n = 83)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					0,131	0,718	
≤ 30	146	30,5	27	32,5			
> 30	332	69,5	56	67,5			
Estado civil					0,843	0,359	
Sin pareja	23	4,8	6	7,2			
Casada/vive en pareja	455	95,2	77	92,8			
La maternidad influyó en su relación de pareja					146,948	<0,001	0,51
No	373	78,0	9	10,8			
Sí	105	22,0	74	89,2			
Separación/divorcio desde el parto					29,733	<0,001	0,23
No	472	98,7	73	88,0			
Sí	6	1,3	10	12,0			
Nivel de estudios					10,353	0,001	0,14
Primarios/Secundarios	242	50,6	58	69,9			
Universitarios	236	49,4	25	30,1			
Situación laboral					4,259	0,038	0,09
Trabaja	342	71,5	50	60,2			
No trabaja (baja, desempleo, otros…)	136	28,5	33	39,8			
La maternidad influyó en su situación laboral negativamente					2,190	0,139	
No	322	67,4	49	59,0			
Sí	156	32,6	34	41,0			
Ingresos mensuales personales (euros)					7,005	0,008	0,12
≤ 1000	207	49,8	45	67,2			
> 1000	209	50,2	22	32,8			

5.3.4.2. Variables relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto

Al comparar a las mujeres en función de variables relacionadas con el embarazo (Tabla 98), se encuentran diferencias significativas con respecto a la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 6,248, p = 0,012, V de Cramer = 0,11), la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 22,877, p < 0,001, V de Cramer = 0,20) y de la asistencia a clases de educación maternal durante el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 4,584, p = 0,032, V de Cramer = 0,09). En concreto, entre las mujeres con depresión mayor a los 12 meses, es mayor el porcentaje de aquellas que no planificaron la gestación (22,9% vs. 12,6%), que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (19,3% vs. 4,8%) y que no asistieron a clases de educación maternal durante el mismo (47,0% vs. 34,7%).

Tabla 98. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 478)		Sí depresión (n = 83)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					2,416	0,120	
Primíparas	291	60,9	43	51,8			
Multíparas	187	39,1	40	48,2			
Abortos previos					0,224	0,636	
No	399	73,6	20	74,1			
Sí	143	26,4	7	25,9			
Planificación del embarazo					6,248	0,012	0,11
No	60	12,6	19	22,9			
Sí	418	87,4	64	77,1			
Tratamiento de fertilidad					0,786	0,491	
No	442	95,2	79	95,2			
Sí	36	7,5	4	4,8			
Reacción al confirmar embarazo					22,877	<0,001	0,20
Positiva	455	95,2	67	80,7			
Negativa	23	4,8	16	19,3			
Complicación en el embarazo					3,636	0,057	
No	379	79,3	58	69,9			
Sí	99	20,7	25	30,1			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					2,585	0,108	
No	422	88,3	68	81,9			
Sí	56	11,7	15	18,1			
Asistencia a clases de educación maternal					4,584	0,032	0,09
No	166	34,7	39	47,0			
Sí	312	65,3	44	53,0			

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}416$, $p = 0{,}120$), la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}224$, $p = 0{,}636$), el haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual ($\chi^2_{(1, 561)} = 0{,}786$, $p = 0{,}491$), la existencia de complicaciones en el embarazo ($\chi^2_{(1, 561)} = 3{,}636$, $p = 0{,}057$), así como el haber realizado el seguimiento del mismo en la consulta de alto riesgo ($\chi^2_{(1, 561)} = 2{,}585$, $p = 0{,}108$).

Respecto al postparto (Tabla 99), se hallaron diferencias significativas con respecto al hecho de haber tenido un hijo/a con alguna malformación y/o enfermedad o de haber requerido hospitalización durante los 12 meses siguientes al parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 5{,}618$, $p = 0{,}018$, V de Cramer = 0,10) y al tipo de alimentación del mismo ($\chi^2_{(1, 561)} = 12{,}983$, $p < 0{,}001$,

V de Cramer = 0,15), pues las mujeres que no estaban alimentando a su hijo/a con leche materna tuvieron en un mayor porcentaje depresión mayor a los 12 meses postparto (97,6% vs. 82,0%). Por otro lado, llama la atención que las mujeres cuyos/as hijos/as tienen alguna malformación y/o enfermedad y/o necesitaron hospitalización en los últimos 12 meses tras el parto, no tienen más depresión que las mujeres con hijos/as sanos/as.

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos ni en función del tipo de parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,041$, $p = 0,840$) ni de la existencia de complicaciones, tanto en la madre como en el hijo, derivadas del parto ($\chi^2_{(1, 561)} = 0,013$, $p = 0,908$).

Tabla 99. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables relacionadas con el parto y el postparto.

	No depresión (n = 478)		Sí depresión (n = 83)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					0,041	0,840	
Eutócico	362	75,7	62	74,7			
Instrumental							
Cesárea	116	24,3	21	25,3			
Complicación derivada del parto					0,013	0,908	
No	331	69,2	58	69,9			
Sí	147	30,8	25	30,1			
Hijo/a con enfermedad y/o hospitalizado/a					5,618	0,018	0,10
No	394	82,4	77	92,8			
Sí	84	17,6	6	7,2			
Lactancia materna					12,983	<0,001	0,15
No	392	82,0	81	97,6			
Sí	96	18,0	2	2,4			

Respecto a la lactancia materna también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en función de la duración de la misma ($t_{(561)} = 4,396$, $p < 0,001$, *d* Cohen = 0,48), pues las mujeres con depresión mayor amamantan menos días a sus hijos/as (36,33 vs. 72,19) que las mujeres sin depresión mayor (Figura 33).

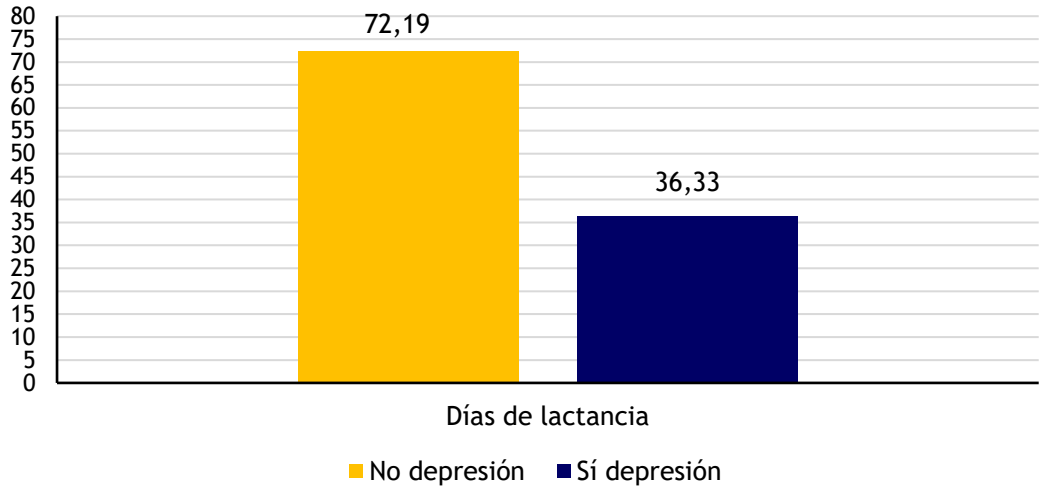

Figura 33. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de la duración de la lactancia materna.

Por otra parte, también se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de los niveles de satisfacción (Figura 34) con la experiencia del embarazo ($t_{(561)}$ = 5,341, p < 0,001, d Cohen = 0,63), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(561)}$ = -3,230, p = 0,002, d Cohen = 0,40), con la experiencia del parto ($t_{(561)}$ = 2,271, p = 0,024, d Cohen = 0,28) y con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(561)}$ = 2,512, p = 0,012, d Cohen = 0,29). Las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto presentan niveles de satisfacción inferiores en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,46 vs. 8,41), atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (7,25 vs. 7,93), experiencia del parto (6,35 vs. 7,06) y atención recibida durante el parto (7,59 vs. 8,22).

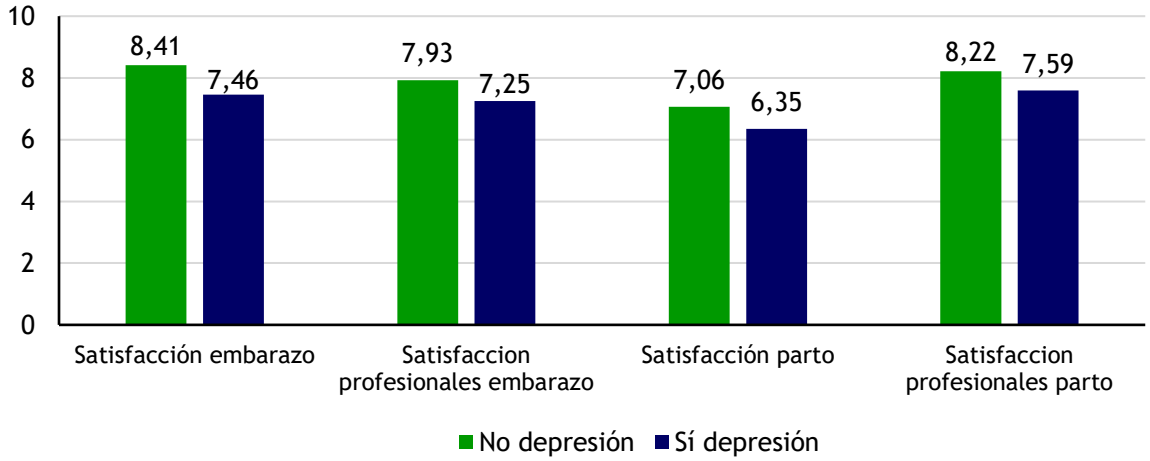

Figura 34. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto.

Respecto al peso (Tabla 100), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el peso actual con respecto al peso anterior al embarazo ($\chi^2_{(2, 561)}$ = 20,022, p < 0,001, V de Cramer = 0,19). En concreto, entre las mujeres con depresión mayor a los 12 meses es mayor es más elevado el porcentaje de aquellas que en este momento mantienen un peso más elevado con respecto a antes del embarazo (74,70% vs. 48,1%). Al comparar ambos grupos de mujeres en función del peso ganado durante el embarazo, se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos ($t_{(561)}$ = -2,70, p = 0,007, d Cohen = -0,30), pues las mujeres con depresión mayor habían ganado más peso durante la gestación (14,76 vs. 13,37).

Tabla 100. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función del peso.

	No depresión (n = 478)		Sí depresión (n = 83)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Peso respecto a antes del embarazo					20,022	<0,001	0,19
Igual	165	34,5	14	16,9			
Mayor	230	48,1	62	74,7			
Menor	83	17,4	7	8,4			

5.3.4.3. Variables psicológicas

Por lo que respecta a la comparación entre ambos grupos de mujeres en función de variables psicológicas (Tabla 101), se han encontrado diferencias significativas en función de la presencia de antecedentes personales de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 13,152, p <0,001, V de Cramer = 0,16), de antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 5,515, p = 0,019, V de Cramer = 0,10) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 58,346, p <0,001, V de Cramer = 0,32). Concretamente, entre las mujeres con depresión mayor a los 12 meses es mayor el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastorno psicológico (27,7% vs. 11,9%), antecedentes de depresión (13,3% vs. 6,1%) y que informaron haber tenido baby blues en los días posteriores al parto (54,2% vs. 16,5%).

Tabla 101. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 478)		Sí depresión (n = 83)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					13,152	<0,001	0,16
No	421	88,1	60	72,0			
Sí	57	11,9	23	27,7			
Antecedente de depresión					5,515	0,019	0,10
No	449	93,9	72	86,7			
Sí	29	6,1	11	13,3			
Empeoramiento estado de ánimo en anterior embarazo (n = 227)					0,624	0,475	
No	159	85,0	32	80,0			
Sí	28	15,0	8	20,0			
Baby Blues					58,346	<0,001	0,32
No	399	83,5	38	45,8			
Sí	79	16,5	45	54,2			
Ansiedad Rasgo					27,704	<0,001	0,22
No	461	96,4	68	81,9			
Sí	17	3,6	15	18,1			
Ansiedad Estado					325,972	<0,001	0,76
No	454	95,0	12	14,5			
Sí	24	5,0	71	81,5			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					23,540	<0,001	0,21
No	450	94,1	65	78,3			
Sí	28	5,9	18	21,7			
Apoyo Social					157,026	<0,001	0,53
Bajo	30	6,3	48	57,8			
Normal	448	93,7	35	42,2			

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. Es decir, en función de la presencia de ansiedad rasgo ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 27,704, p <0,001, V de Cramer = 0,22), de ansiedad estado ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 325,972, p <0,001, V de Cramer = 0,76), de la percepción de apoyo social ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 157,026, p <0,001, V de Cramer = 0,53) y de la presencia de síndrome premenstrual y/o disfórico ($\chi^2_{(1, 561)}$ = 23,540, p <0,001, V de Cramer = 0,21).

En concreto, las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto presentan en mayor porcentaje ansiedad rasgo (18,1% vs. 3,6%), ansiedad estado (81,5% vs. 5,0%), síndrome premenstrual y/o disfórico (21,7% vs. 5,9%) y baja percepción de apoyo social (57,8% vs. 6,3%).

También se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas (Figura 35) en ansiedad rasgo ($t_{(561)}$ = -8,449, p < 0,001, d Cohen = -0,97), ansiedad estado ($t_{(561)}$ = -22,108, p < 0,001, d Cohen = -0,31), estrés percibido ($t_{(561)}$ = -25,221, p < 0,001, d Cohen = -4,79), síntomas premenstruales ($t_{(561)}$ = -4,206, p < 0,001, d Cohen = -0,49) y apoyo social percibido ($t_{(561)}$ = 20,227, p < 0,001, d Cohen = 2,03). Concretamente, las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (24,98 vs. 16,80), ansiedad estado (33,81 vs. 14,42), estrés percibido (32,48 vs. 15,77) y síntomas premenstruales (13,52 vs. 10,15). Así mismo, obtienen puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido (32,65 vs. 47,01).

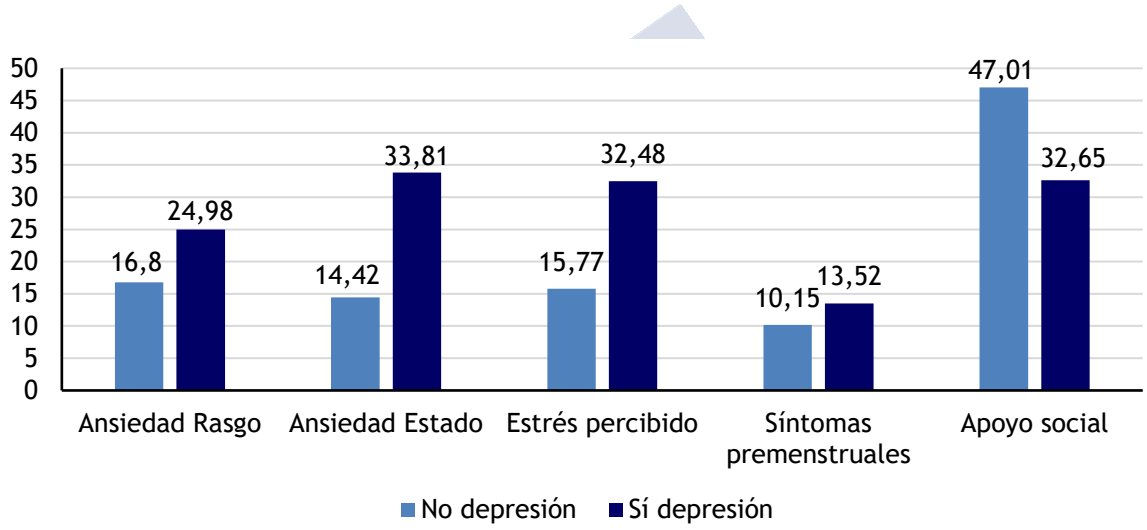

Figura 35. Características de las mujeres con depresión mayor a los 12 meses postparto en función de las puntuaciones medias obtenidas en los tests psicológicos.

5.3.5. Predictores de la depresión mayor a los 12 meses postparto

Se realizó un análisis de regresión logística binaria por pasos hacia adelante con el fin de conocer qué variables predicen la depresión mayor a los 12 meses postparto (Tabla 102). Como variable dependiente se utilizó el estatus de depresión mayor (depresión mayor, sí/ depresión mayor, no) y como variables independientes el nivel de estudios (universitarios/no universitarios), la situación laboral (trabaja/no trabaja), el nivel de ingresos (≤ 1000/ > 1000), la planificación del embarazo (sí/no), la reacción al confirmar el embarazo (positiva/negativa), la asistencia a clases de educación maternal (sí/no), el nivel de satisfacción con la experiencia de embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los

profesionales sanitarios durante el embarazo (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la experiencia del parto (puntuación de 0 a 10), el nivel de satisfacción con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (puntuación de 0 a 10), la influencia de la maternidad en la relación de pareja (sí/no), separación/divorcio desde el parto (sí/no), el tipo de alimentación del recién nacido/a (lactancia materna sí/lactancia materna no), el peso ganado en el embarazo, peso actual respecto a antes el embarazo (menor o igual/mayor), los antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico (sí/no), la presencia de baby blues (sí/no), la ansiedad rasgo (ansiedad rasgo elevada/ ansiedad rasgo normal), la ansiedad estado (ansiedad estado elevada/ ansiedad estado normal), el síndrome premenstrual/disfórico (sí/no), la percepción de apoyo social (percepción de apoyo social normal/percepción de bajo apoyo social) y la puntuación en estrés percibido. Además, se incluyeron las variables que obtuvieron diferencias significativas en los anteriores momentos de evaluación (lactancia materna, sospecha de depresión, depresión mayor, ansiedad estado, estrés percibido y apoyo social).

Los resultados hallados muestran que el tipo de alimentación del/a recién nacido/a, los antecedentes de trastorno psicológico, la sospecha de depresión, la ansiedad estado y las puntuaciones en estrés percibido, son los predictores de la depresión mayor a los 12 meses postparto. En concreto, no estar amamantado a los 2 meses postparto (OR = 5,80) fue predictor de la depresión mayor a los 12 meses. Así mismo, los antecedentes de haber tenido algún trastorno psicológico, principalmente depresión y ansiedad (OR = 5,30), una mayor percepción de estrés en el 1º trimestre (OR = 1,18), haber tenido sospecha de depresión a los 6 meses postparto (OR = 4,61), sí como tener a los 12 meses postparto ansiedad estado elevada (OR = 13,34) y una mayor percepción de estrés (OR = 1,36), aumenta las posibilidades de depresión mayor en este momento. Este modelo de regresión obtiene un R^2 de Cox y Snell de 0,448 y un R^2 de Nagelkerke de 0,810.

Tabla 102. Predictores de la depresión mayor a los 12 meses postparto.

Predictores	B	WALD	*p*	OR [95% IC]
No amamantar a los 2 meses postparto	1,76	8,10	0,004	5,80 [1,73 – 19,46]
Tener antecedentes de trastorno psicológico	1,67	4,98	0,026	5,30 [1,23 – 22,95]
Mayor percepción de estrés en el 1º trimestre	0,16	8,81	0,003	1,18 [1,05 – 1,30]
Sospecha de depresión a los 6 meses postparto	1,53	5,34	0,021	4,61 [1,26 – 16,87]
Ansiedad estado elevada a los 12 meses postparto	2,59	14,59	<0,001	13,34 [3,53 – 50,44]
Mayor percepción de estrés a los 12 meses postparto	0,31	22,92	<0,001	1,36 [1,20 – 1,55]
Constante	-9,07	35,51	<0,001	0,000

5.4. EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL POSTPARTO

En los apartados previos se han presentado los datos de prevalencia hallados en cada momento de evaluación en el postparto (2 meses, 6 meses y 12 meses postparto), tanto para la sospecha de depresión evaluada con la EPDS como para la depresión mayor evaluada con la SCID. El objetivo del presente apartado es aportar una síntesis de los datos de forma longitudinal. Así mismo, se muestra un resumen de las variables que se han asociado tanto a la sospecha de depresión como a la presencia de depresión mayor en el postparto (Tabla 103).

Se observa (Figura 36) que el momento con mayor porcentaje de sospecha de depresión es a los 2 meses postparto (30,3%) mientras que, a los 12 meses, encontraríamos el porcentaje más bajo (25,3%). Por otro lado, el mayor porcentaje de depresión mayor lo encontramos a los 12 meses postparto (14,8%), y a los 2 meses encontraríamos el porcentaje más bajo (10,3%).

Por tanto, la trayectoria de la sospecha de depresión sigue un patrón descendente desde los 2 hasta los 12 meses postparto. En cambio, la trayectoria de la depresión mayor sigue un patrón ascendente desde los 2 hasta los 12 meses postparto.

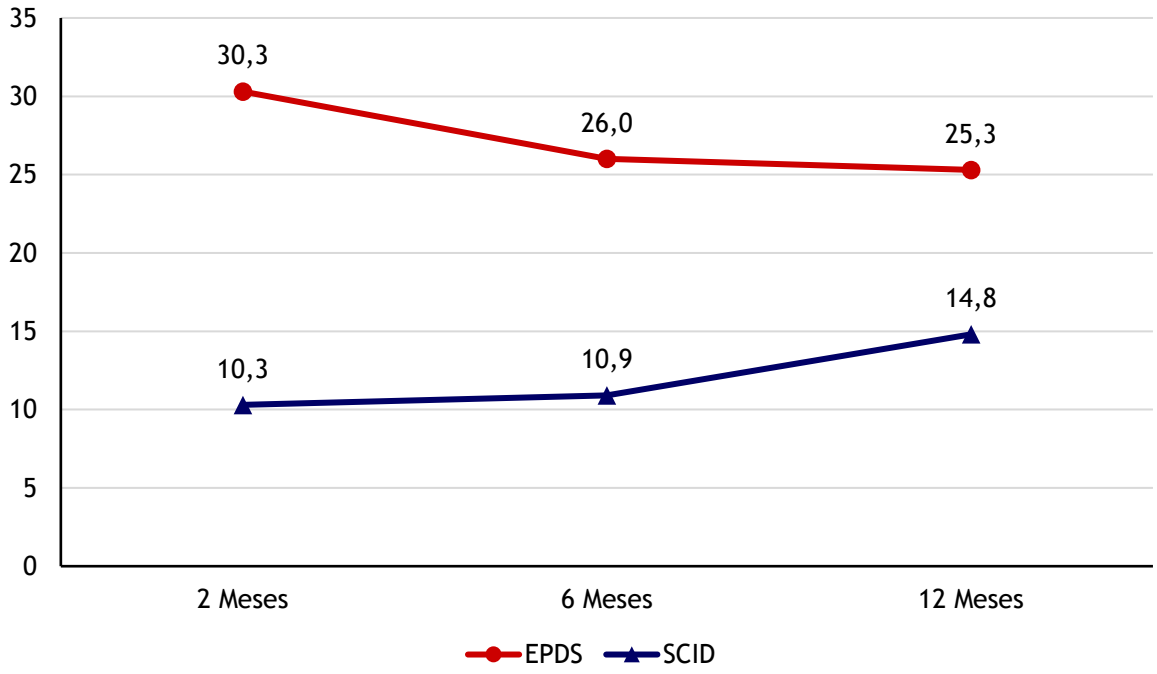

Figura 36. Trayectoria de la sospecha de depresión y de la depresión mayor en el postparto.

Tabla 103. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el postparto.

		2 MESES POSTPARTO		6 MESES POSTPARTO		12 MESES POSTPARTO	
ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	SOSPECHA DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MAYOR	SOSPECHA DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MAYOR	SOSPECHA DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MAYOR
Variables sociodemográficas	- Edad ≤ 30	X	X	X	X	X	X
	- Menor media de edad	X	X	X	**V**	X	X
	- No tener pareja	X	X	X	X	X	X
	- Menor nivel de estudios	X	X	**V**	X	**V**	**V**
	- No trabajar	-	-	**V***	X	**V**	**V**
	- Embarazo influyó laboralmente	-	-	X	X	**V**	X
	- Menor nivel de ingresos	**V**	X	**V**	X	**V**	**V**
	- Maternidad influyó en relación de pareja	-	-	-	-	**V***	**V**
	- Separación/divorcio	-	-	-	-	**V**	**V**
Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto	- Multípara	X	X	X	X	X	X
	- Tener abortos previos	X	X	X	X	X	X
	- No planificación del embarazo	**V**	**V**	**V**	X	**V**	**V**
	- Recurrir a tratamiento de fertilidad	X	X	X	X	X	X
	- Reacción negativa al confirmar embarazo	**V***	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Complicaciones en el embarazo	**V**	**V**	**V**	X	**V**	X
	- Seguimiento en consulta de alto riesgo	**V**	**V**	X	X	X	X
	- No asistir a clases de educación maternal	**V**	**V**	**V**	X	**V**	**V**
	- Tener un parto por cesárea	X	**V***	X	X	X	X
	- Complicación en el parto	**V**	**V**	X	V	X	X
	- Peso del/a recién nacido/a ≤ 3000 gramos	**V**	X	-	-	-	-
	- Menor peso medio del recién nacido	**V**	X	-	-	-	-
	- Hijo/a con enfermedad/hospitalizado/a	X	X	X	X	X	**V**
	- No lactancia materna	**V**	**V**	**V***	X	**V***	**V***
	- Menos días de lactancia materna	X	**V**	**V**	X	**V**	**V**
	- Menor satisfacción embarazo	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Menor satisfacción profesionales embarazo	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Menor satisfacción parto	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Menor satisfacción profesionales parto	**V**	V	**V**	V	**V**	**V**
	- Mayor peso ganado en el embarazo	**V**	**V***	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Mayor peso respecto a antes del embarazo	-	-	**V**	X	**V**	**V**
Variables psicológicas	- Antecedente de trastorno psicológico	**V**	X	**V***	**V**	**V**	**V***
	- Antecedentes de depresión	X	**V**	**V**	X	X	**V**
	- Empeoramiento estado de ánimo en embarazo previo	**V**	**V**	**V**	**V***	**V**	**V***
	- Baby blues	**V***	**V***	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Ansiedad rasgo elevada	**V**	**V***	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Ansiedad estado elevada	**V**	**V**	**V***	**V***	**V**	**V***
	- Síndrome premenstrual/disfórico	**V**	**V***	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Apoyo social bajo	**V***	**V**	**V***	**V**	**V***	**V**
	- Puntuaciones medias en:						
	- Ansiedad rasgo	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Ansiedad estado	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Estrés percibido	**V***	**V***	**V***	**V***	**V***	**V***
	- Síndrome premenstrual/disfórico	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Apoyo Social	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**

V: Variables relacionadas; **X**: Variables no relacionadas; *: Variables predictoras

5.5. EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO

En los apartados previos se han presentado los datos hallados en cada uno de los momentos de evaluación de forma transversal. A continuación, se aportará una síntesis de los datos de forma longitudinal abarcando todo el periodo perinatal evaluado, desde el primer trimestre hasta los 12 meses postparto.

Cabe destacar que la prevalencia de la depresión varía en función del momento de evaluación y del instrumento utilizado (Figura 37). En este sentido se observa que el postparto es el periodo con mayor prevalencia de depresión. Concretamente, el mayor porcentaje de sospecha de depresión se encuentra a los 2 meses postparto (30,3%), mientras que el de depresión mayor se sitúa a los 12 meses postparto (14,8%). Con respecto a la trayectoria de la sospecha de depresión y de la depresión mayor a lo largo del periodo perinatal, se puede observar que inicialmente, ambas siguen el mismo patrón, desde la primera evaluación (1º trimestre de embarazo) hasta los 2 meses postparto. Sin embargo, a partir de este momento la sospecha de depresión sigue una línea descendente y la depresión mayor sigue una línea ascendente.

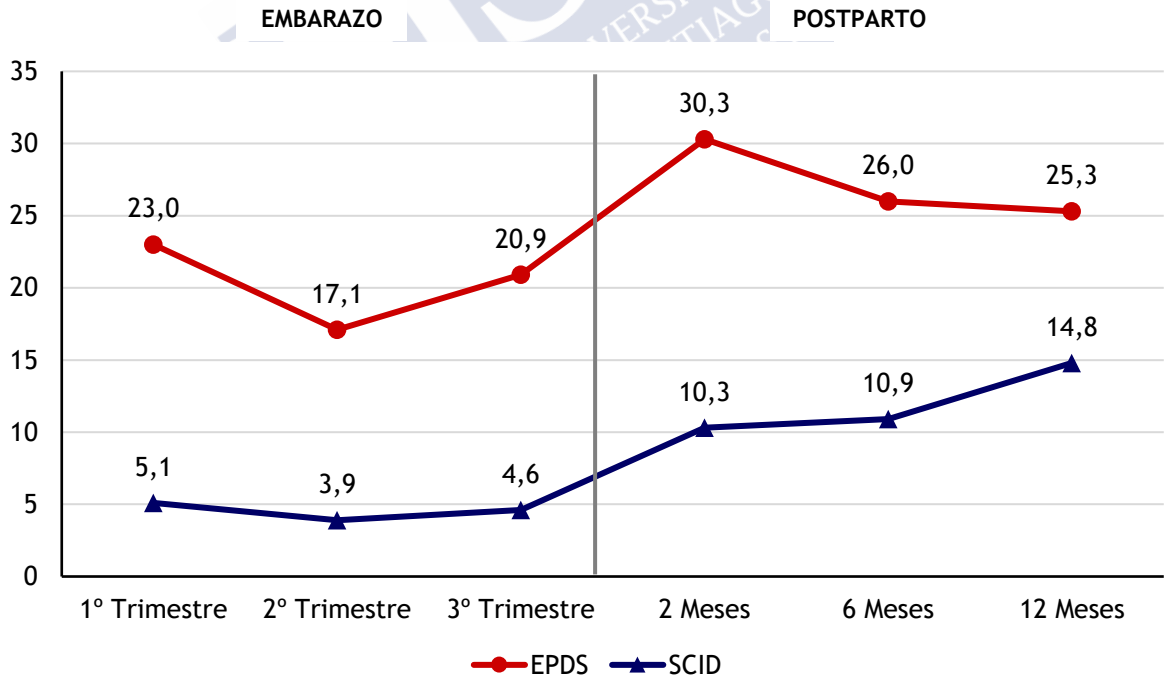

Figura 37. Evolución de la depresión en función del momento e instrumento de evaluación.

5.6. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN PERINATAL CONTÍNUA

A continuación, se comentarán los datos obtenidos de la depresión contínua, es decir, aquellas mujeres que presentan depresión en todo el periodo evaluado, durante el embarazo, durante el postparto y en todo el periodo perinatal (Figura 38). Destaca que, con la EPDS la prevalencia contínua en el embarazo se sitúa en el 8,4% (n = 47) y en el periodo postparto, en el 15,7% (n = 88). Con la SCID, la prevalencia contínua en el embarazo se sitúa en el 2,7% (n = 15) y en el periodo postparto, en el 5,0% (n = 28). Con respecto a la prevalencia continua de depresión a lo largo de todo el período de evaluación, ésta se sitúa en un 4,6% (n = 26) con la EPDS y, en un 1,1% (n = 6) con la SCID.

Por otra parte, la prevalencia de mujeres que no tuvieron sospecha de depresión en ningún momento del embarazo con la EPDS fue de un 65,4% (n = 367), mientras que en el periodo postparto fue de un 60,2% (n = 338). Con respecto a la depresión mayor, el porcentaje en el embarazo fue del 92,7% (n = 520) mientras que en el postparto fue de un 78,4% (n = 440). Así mismo, con respecto a la prevalencia continua de mujeres sin depresión a lo largo de todo el período de evaluación, ésta se sitúa en un 51,0% (n = 286) para la sospecha de depresión y en un 76,1% (n = 427) para la depresión mayor.

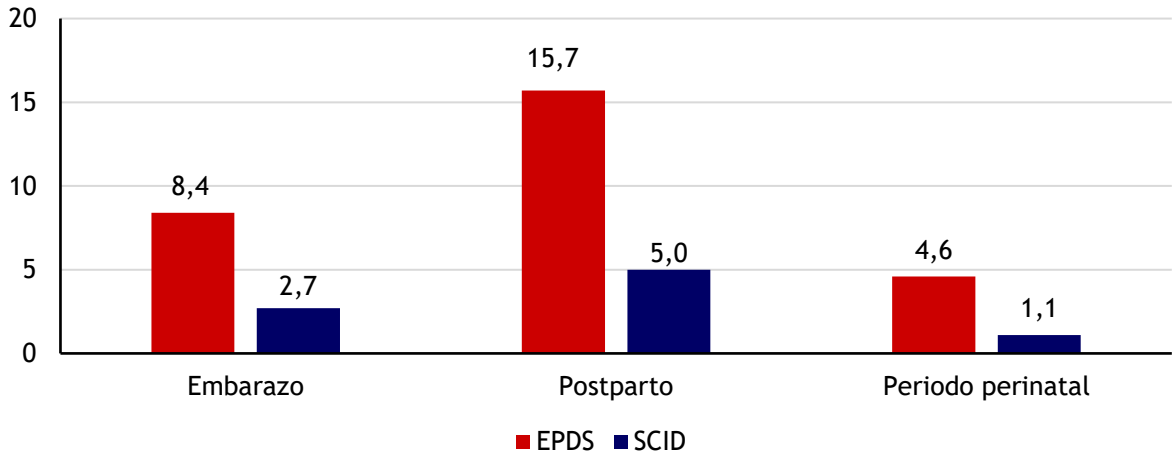

Figura 38. Prevalencia contínua de la depresión

5.6.1. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua

A continuación, se procederá a analizar las diferencias entre las mujeres sin sospecha de depresión (n = 286) y aquellas que la han tenido en todos los momentos de evaluación (n =

26), tanto durante el embarazo como en el postparto. Con respecto a la depresión mayor, no se ha llevado a cabo la comparación entre ambos grupos, sin depresión mayor (n = 427) y con depresión mayor (n = 6), debido al reducido número de mujeres en este último grupo, lo cual no permitiría realizar un análisis estadístico válido.

5.6.1.1. Variables sociodemográficas

Con respecto a las variables sociodemográficas, se hallan diferencias estadísticamente significativas (Tabla 104) entre las mujeres que se mantienen sin sospecha de depresión y aquellas que la presentan a lo largo de todo el periodo perinatal en el nivel de estudios ($\chi^2_{(1, 312)} = 5{,}242$, $p = 0{,}022$, V de Cramer = 0,13), la situación laboral que tenían en el primer trimestre de embarazo ($\chi^2_{(1, 312)} = 5{,}909$, $p = 0{,}015$, V de Cramer = 0,14), la influencia del embarazo en la situación laboral del 1º trimestre ($\chi^2_{(1, 312)} = 27{,}326$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,30), del segundo trimestre ($\chi^2_{(1, 312)} = 27{,}217$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,30) y del tercer trimestre ($\chi^2_{(1, 312)} = 5{,}110$, $p = 0{,}024$, V de Cramer = 0,13) y los ingresos mensuales ($\chi^2_{(1, 312)} = 7{,}150$, $p = 0{,}007$, V de Cramer = 0,16). Así mismo, se encuentran diferencias en la influencia de la maternidad en la relación de pareja ($\chi^2_{(1, 312)} = 36{,}898$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,34) y el inicio de trámites de separación/divorcio en algún momento de los 12 meses tras el parto ($\chi^2_{(1, 312)} = 27{,}251$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,30).

En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de aquellas que solo tienen estudios primarios o secundarios (69,2% vs. 4,8%), que tienen ingresos mensuales inferiores o iguales a los 1000 euros (76,2% vs. 45,8%), que no trabajaban en el primer trimestre (42,3% vs. 21,3%) y que manifestaron que la situación de embarazo les había influido laboralmente, tanto en el primer trimestre (53,8% vs. 13,6%), como en el segundo (65,4% vs. 19,9%) y en el tercero (57,7% vs. 35,3%). Así mismo, entre las mujeres con sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de aquellas que percibieron que la maternidad influyó de forma negativa en su relación de pareja (65,4% vs. 15,7%) y que iniciaron trámites de separación/divorcio a lo largo de los 12 meses después del parto (15,4% vs. 0,7%).

Tabla 104. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables sociodemográficas.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Edad					2,445	0,118	
≤ 30	70	24,5	10	38,5			
> 30	216	75,5	16	61,5			
Estado civil					0,883	0,347	
Sin pareja	11	3,8	2	7,7			
Casada/vive en pareja	275	96,2	24	92,3			
Influencia negativa maternidad en relación pareja					36,898	<0,001	0,34
No	241	84,3	9	34,6			
Sí	45	15,7	17	65,4			
Separación/divorcio desde el parto					27,251	<0,001	0,30
No	284	99,3	22	84,6			
Sí	2	0,7	4	15,4			
Nivel de estudios					5,242	0,022	0,13
Primarios/Secundarios	131	4,8	18	69,2			
Universitarios	155	54,2	8	30,8			
Situación laboral (1º trimestre)					5,909	0,015	0,14
Trabaja	225	78,7	15	57,7			
No trabaja	61	21,3	11	42,3			
Situación laboral (6 meses)					2,966	0,085	
Trabaja	95	33,2	13	50,0			
No trabaja	191	66,8	13	50,0			
Situación laboral (12 meses)					1,801	0,180	
Trabaja	75	26,2	10	38,5			
No trabaja	211	73,8	16	61,5			
El embarazo influyó en situación laboral (1º trimestre)					27,326	<0,001	0,30
No	247	86,4	12	46,2			
Sí	39	13,6	14	53,8			
El embarazo influyó en situación laboral (2º trimestre)					27,217	<0,001	0,30
No	229	80,1	9	34,6			
Sí	57	19,9	17	65,4			
El embarazo influyó en situación laboral (3º trimestre)					5,110	0,024	0,13
No	185	64,7	11	42,3			
Sí	101	35,3	15	57,7			
La maternidad influyó en situación laboral (6 meses)					0,850	0,357	
No	195	68,2	20	76,9			
Sí	91	31,8	6	23,1			
La maternidad influyó en situación laboral (12 meses)					2,934	0,087	
No	210	73,4	15	57,7			
Sí	76	26,6	11	42,3			
Ingresos mensuales personales (euros)					7,150	0,007	0,16
≤ 1000	116	45,8	16	76,2			
> 1000	137	54,2	5	23,8			

No se hallaron diferencias estadísticaente significativas en función de la edad ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 2,445, p = 0,118), el estado civil ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 0,883, p = 0,347), de la situación laboral a los 6 ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 2,966, p = 0,085) y 12 meses postparto ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 1,801, p = 0,180), ni con respecto a la influencia de la maternidad en la situación laboral tanto a los 6 ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 0,850, p = 0,357), como a los 12 meses postparto ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 2,934, p = 0,087).

Respecto a la media de edad de ambos grupos no se hallaron diferencias con significación estadística ($t_{(312)}$ = 1,335, p = 0,183).

5.6.1.2. Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto

Con respecto a las variables relacionadas con el embarazo (Tabla 105) se encuentran diferencias significativas en función de la planificación del embarazo ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 4,014, p = 0,045, V de Cramer = 0,11), de la reacción al confirmar el embarazo ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 28,364, p = 0,001, V de Cramer = 0,30) y de la presencia de complicaciones en el embarazo ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 14,150, p <0,001, V de Cramer = 0,21). También se encontraron diferencias significativas en la asistencia a clases de educación maternal ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 8,563, p = 0,003, V de Cramer = 0,17).

En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de aquellas que no planificaron la gestación (19,2% vs. 7,7%), que reaccionaron de forma negativa ante el embarazo (23,1% vs. 2,1%) y que percibieron haber tenido alguna complicación durante el mismo (50,0% vs. 18,5%). Entre las mujeres con sospecha de depresión también fue mayor el porcentaje de aquellas que no asistieron a clases de educación maternal durante el embarazo (57,7% vs. 29,7%).

No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la paridad ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 0,944, p = 0,331), de la presencia de abortos previos ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 0,129, p = 0,719), de haber recurrido a algún tratamiento de fertilidad para conseguir el embarazo actual ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 1,175, p = 0,278), de la intención de dar el pecho ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 2,062, p = 0,151) o de haber sido controlado el embarazo en la consulta de alto riesgo obstétrico ($\chi^2_{(1, 312)}$ = 0,693, p = 0,405).

Tabla 105. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables relacionadas con el embarazo.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Paridad					0,944	0,331	
Primíparas	171	59,8	13	50,0			
Multíparas	115	40,2	13	50,0			
Abortos previos					0,129	0,719	
No	218	76,2	19	73,1			
Sí	68	23,8	7	26,9			
Planificación del embarazo					4,014	0,045	0,11
No	22	7,7	5	19,2			
Sí	264	92,3	21	80,8			
Tratamiento de fertilidad					1,175	0,278	
No	256	89,5	25	96,2			
Sí	30	10,5	1	3,8			
Reacción al confirmar embarazo					28,364	0,001	0,30
Positiva	280	97,9	20	76,9			
Negativa	6	2,1	6	23,1			
Complicación en el embarazo					14,150	<0,001	0,21
No	233	81,5	13	50,0			
Sí	53	18,5	13	50,0			
Control del embarazo en consulta de alto riesgo					0,693	0,405	
No	257	89,9	22	84,6			
Sí	29	10,1	4	15,4			
Asistencia a clases de educación maternal					8,563	0,003	0,17
No	85	29,7	15	57,7			
Sí	201	70,3	11	42,3			
Intención de dar el pecho					2,062	0,151	
No	47	16,6	7	28,0			
Sí	236	83,4	18	72,0			

Con respecto a las variables relacionadas con el parto y postparto (Tabla 106), se encuentran diferencias significativas con respecto al hecho de haber tenido un hijo/a con alguna enfermedad o haber necesitado hospitalización ($\chi^2_{(1,\ 312)}$ = 4,581, *p* = 0,032, V de Cramer = 0,12). Concretamente, entre las mujeres con sospecha de depresión contínua fue mayor el porcentaje de aquellas cuyo hijo/a tenía alguna enfermedad o requirió hosptalización en algún momento de los 12 meses postparto (30,8% vs. 14,7%).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de parto ($\chi^2_{(2, 312)} = 4{,}546$, $p = 0{,}103$) ni de la presencia de complicaciones, tanto en la madre como en el/a hijo/a, relacionadas con el parto ($\chi^2_{(1, 312)} = 1{,}278$, $p = 0{,}258$). Tampoco se hallaron diferencias en función del peso del/a recién nacido/a, ni utilizando la variable como intervalo ($\chi^2_{(1, 312)} = 0{,}043$, $p = 0{,}835$), ni con respecto al peso medio del/a recién nacido/a ($t_{(312)} = 0{,}648$, $p = 0{,}518$).

Tabla 106. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables relacionadas con el parto y postparto.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Tipo de parto					4,546	0,103	
Eutócico	157	54,9	11	42,3			
Instrumental	67	23,4	11	42,3			
Cesárea	62	21,7	4	15,4			
Complicación en el parto					1,278	0,258	
No	206	72,0	16	61,5			
Sí	80	28,0	10	38,5			
Peso del/a recién nacido/a					0,043	0,835	
≤ 3000	61	21,3	6	23,1			
> 3000	225	78,7	20	76,9			
Hijo/a con enfermedad y/o hospitalizado/a					4,581	0,032	0,12
No	244	85,3	18	69,2			
Sí	42	14,7	8	30,8			

Con respecto al tipo de alimentación del recién nacido/a (Tabla 107) se hallaron diferencias significativas a los 2 meses postparto ($\chi^2_{(1, 312)} = 7{,}584$, $p = 0{,}006$, V de Cramer = 0,16), a los seis ($\chi^2_{(1, 312)} = 5{,}329$, $p = 0{,}021$, V de Cramer = 0,13) y a los doce ($\chi^2_{(1, 312)} = 6{,}477$, $p = 0{,}011$, V de Cramer = 0,14). Entre las mujeres con sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de aquellas que no estaban amamantando a sus hijos tanto a los dos meses (69,2% vs. 41,3%), como a los 6 (84,6% vs. 61,9%) y a los 12 meses postparto (100,0% vs. 79,7%).

En relación al peso medio en gramos del/a recién nacido/a, no se hallaron diferencias significativas ($t_{(312)} = 0{,}509$, $p = 0{,}843$, entre ambos grupos de mujeres (3276,9 vs. 3258,1).

Tabla 107. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de la lactancia materna.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Lactancia materna (2 meses postparto)					7,584	0,006	0,16
No	118	41,3	18	69,2			
Sí	168	58,7	8	30,8			
Lactancia materna (6 meses postparto)					5,329	0,021	0,13
No	177	61,9	22	84,6			
Sí	109	38,1	4	15,4			
Lactancia materna (12 meses postparto)					6,477	0,011	0,14
No	228	79,7	26	100			
Sí	58	20,3	0	0			

Respecto a los niveles de satisfacción con el embarazo y el parto (Figura 39), se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de los niveles de satisfacción con la experiencia del embarazo ($t_{(312)} = 5,997$, $p < 0,001$, *d* Cohen = 1,06), con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo ($t_{(312)} = 4,524$, $p < 0,001$, *d* Cohen = 0,86), con la experiencia del parto ($t_{(312)} = 4,156$, $p < 0,001$, *d* Cohen = 0,79), y con la atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto ($t_{(312)} = 6,193$, $p < 0,001$, *d* Cohen = 1,01). Concretamente, las mujeres con sospecha de depresión contínua presentan niveles de satisfacción inferiores en todos los parámetros evaluados: experiencia de embarazo (7,04 vs. 8,64), atención recibida por los profesionales sanitarios durante el embarazo (6,65 vs. 8,11), experiencia del parto (5,50 vs. 7,55) y atención recibida por los profesionales sanitarios durante el parto (6,19 vs. 8,55).

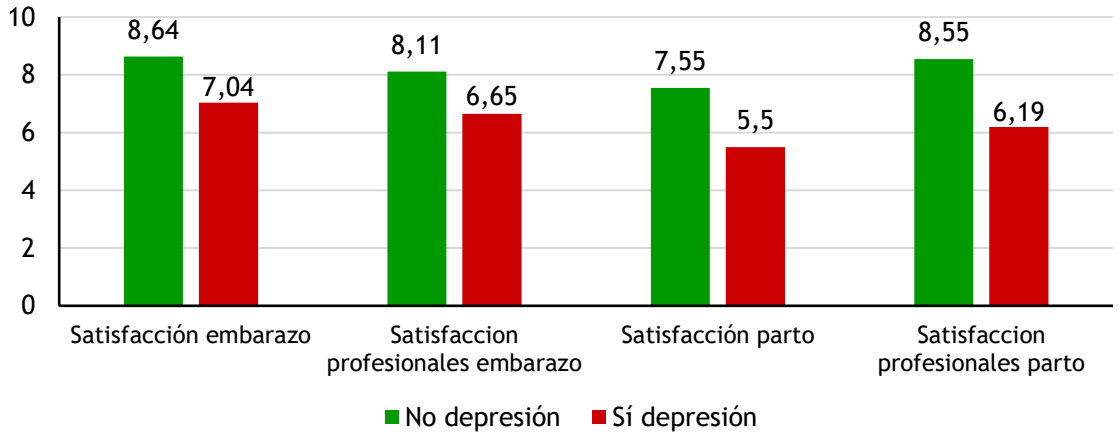

Figura 39. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de los niveles de satisfacción.

5.6.1.3. Variables relacionadas con la salud

Al comparar a las mujeres en función del consumo de bebidas tales como el café, el té y el alcohol (Tabla 108), no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables. En concreto, con respecto al consumo durante la semana no se encontraron diferencias en función de la ingesta de café ($\chi^2_{(1, 312)} = 0,982$, $p = 0,322$), té ($\chi^2_{(1, 312)} = 0,531$, $p = 0,466$), ni alcohol ($\chi^2_{(1, 312)} = 0,556$, $p = 0,456$). Así mismo tampoco hubo diferencias en el consumo durante el fin de semana, ni de café ($\chi^2_{(1, 312)} = 0,059$, $p = 0,808$), ni de té ($\chi^2_{(1, 312)} = 1,886$, $p = 0,170$). Con respecto al consumo de alcohol, estos datos no fueron incluidos por no haber casos en alguna de las categorías.

Tabla 108. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función del consumo de café, té y alcohol.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)			
	n	%	*n*	%	x^2	*p*
Consumo de café/té semana					1,607	0,322
No	128	44,8	15	57,7		
Sí	158	55,2	11	42,3		
Consumo de café/té fin de semana					0,169	0,681
No	153	53,5	15	57,7		
Sí	133	46,5	11	42,3		
Situación en relación al tabaco (1º Trimestre)					0,980	0,322
No Fumadora	232	81,1	19	73,1		
Fumadora	54	18,9	7	26,9		
Situación en relación al tabaco (2º Trimestre)					0,886	0,347
No Fumadora	231	80,8	19	73,1		
Fumadora	55	19,2	7	26,9		
Situación en relación al tabaco (3º Trimestre)					0,886	0,347
No Fumadora	231	80,8	19	73,1		
Fumadora	55	19,2	7	26,9		

Con respecto al peso (Tabla 109), sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el peso actual con respecto a antes del embarazo, a los 6 meses ($\chi^2_{(1, 312)} = 6,677$, $p = 0,010$, V de Cramer = 0,15) y a los 12 meses postparto ($\chi^2_{(1, 312)} = 4,169$, $p = 0,041$, V de Cramer = 0,12). En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de aquellas que con respecto a antes del embarazo, mantienen un peso más elevado tanto a los 6 meses (80,8% vs. 54,5%), como a los 12 meses postparto (69,2% vs. 48,3%). No se hallaron diferencias significativas con respecto a la presencia de sobrepeso al inicio del embarazo ($\chi^2_{(1, 312)} = 0,618$, $p = 0,432$), ni con respecto al peso ganado durante el mismo ($t_{(312)} = -1,630$, $p = 0,104$).

Tabla 109. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función del peso.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Sobrepeso					0,618	0,432	
No	187	65,4	15	57,7			
Sí	99	34,6	11	42,3			
Peso respecto a antes del embarazo (6 meses postparto)					6,677	0,010	0,15
Igual/menor	130	45,5	5	19,2			
Mayor	156	54,5	21	80,8			
Peso respecto a antes del embarazo (12 meses postparto)					4,169	0,041	0,12
Igual/menor	148	51,7	8	30,8			
Mayor	138	48,3	18	69,2			

5.6.1.4. Variables psicológicas

Respecto a la comparación entre las mujeres que se mantienen sin sospecha de depresión y aquellas que la presentan a lo largo de todo el periodo perinatal en función de variables psicológicas (Tabla 110), se han encontrado diferencias significativas en función de los antecedentes personales de trastorno psicológico ($\chi^2_{(1, 312)} = 20{,}142$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,25), de los antecedentes de depresión ($\chi^2_{(1, 312)} = 10{,}458$, $p = 0{,}001$, V de Cramer = 0,18), del empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos ($\chi^2_{(1, 312)} = 10{,}003$, $p = 0{,}002$, V de Cramer = 0,28) y de la presencia de baby blues en el postparto inmediato ($\chi^2_{(1, 312)} = 83{,}317$, $p < 0{,}001$, V de Cramer = 0,54). Concretamente, entre las mujeres con sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de aquellas que tienen antecedentes de trastorno psicológico (38,5% vs. 9,1%), antecedentes de depresión (19,2% vs. 4,2%) y que informaron haber tenido baby blues en los primeros días tras el parto (69,2% vs. 6,6%). Con respecto a las mujeres multíparas, entre aquellas que tienen sospecha de depresión contínua es mayor el porcentaje de las que informaron de un empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos (38,5% vs. 8,7%).

Respecto a los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos (Tabla 111), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas y en todos los momentos de evaluación. En concreto, las mujeres con sospecha de depresión contínua presentan en mayor porcentaje ansiedad rasgo, ansiedad estado, síndrome premenstrual y/o disfórico y menor percepción de apoyo social.

Tabla 110. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de variables psicológicas.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Antecedente de trastorno psicológico					20,142	<0,001	0,25
No	260	90,9	16	61,5			
Sí	26	9,1	10	38,5			
Antecedente de depresión					10,458	0,001	0,18
No	274	95,8	21	80,8			
Sí	12	4,2	5	19,2			
Empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos (n = 128)					10,003	0,002	0,28
No	105	91,3	8	61,5			
Sí	10	8,7	5	38,5			
Baby Blues					89,317	<0,001	0,54
No	267	93,4	8	30,8			
Sí	19	6,6	18	69,2			

Tabla 111. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de los datos proporcionados por los distintos tests psicológicos.

	No depresión (n = 286)		Sí depresión (n = 26)				
	n	%	*n*	%	x^2	*p*	V de Cramer
Ansiedad Rasgo					72,611	<0,001	0,48
No	283	99,0	17	65,4			
Sí	3	1,0	9	34,6			
Ansiedad Estado (1º Trimestre)					91,222	<0,001	0,54
No	281	98,3	14	53,8			
Sí	5	1,7	12	46,2			
Ansiedad Estado (2º Trimestre)					94,663	<0,001	0,55
No	283	99,0	15	57,7			
Sí	3	1,0	11	42,3			
Ansiedad Estado (3º Trimestre)					173,333	<0,001	0,75
No	286	100	11	42,3			
Sí	0	0	15	57,7			
Ansiedad Estado (2 meses postparto)					11,199	0,001	0,19
No	226	79,0	13	50,0			
Sí	60	21,0	13	50,0			
Ansiedad Estado (6 meses postparto)					54,471	<0,001	0,42
No	255	89,2	9	34,6			
Sí	31	10,8	17	65,4			
Ansiedad Estado (12 meses postparto)					174,683	<0,001	0,75
No	280	97,9	6	23,1			
Sí	6	2,1	20	76,9			
Síndrome Premenstrual/Disfórico					43,414	<0,001	0,37
No	277	96,9	17	65,4			
Sí	9	3,1	9	34,6			
Apoyo Social (3º Trimestre)					22,142	<0,001	0,27
Bajo	0	0,0	2	7,7			
Normal	286	100	24	92,3			
Apoyo Social (2 meses postparto)					60,072	<0,001	0,44
Bajo	5	1,7	9	34,6			
Normal	281	98,3	17	65,4			
Apoyo Social (6 meses postparto)					72,611	<0,001	0,48
Bajo	3	1,0	9	34,6			
Normal	283	99,0	17	65,4			
Apoyo Social (12 meses postparto)					69,655	<0,001	0,47
Bajo	7	2,4	11	42,3			
Normal	279	97,6	15	57,7			

También se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones medias obtenidas en todos los test psicológicos y en todos los momentos de evaluación, pues las mujeres con sospecha de depresión contínua obtienen puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo, ansiedad estado, síntomas premenstruales y estrés percibido. Así mismo, obtienen puntuaciones medias significativamente más bajas en apoyo social percibido. En la Tabla 112, se muestran los estadísticos obtenidos para cada una de las variables estudiadas y en los gráficos se muestran las medias para cada una de las varibles estudiadas.

Tabla 112. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de las puntuaciones medias en los test psicológicos en el periodo perinatal.

	t	*p*	*d* Cohen
Ansiedad rasgo (1º trimestre)	-13,895	<0,001	-2,72
Ansiedad estado (1º trimestre)	-12,547	<0,001	-2,42
Ansiedad estado (2º trimestre)	-10,708	<0,001	0,96
Ansiedad estado (3º trimestre)	-8,482	<0,001	-2,15
Ansiedad estado (2 meses postparto)	-4,180	<0,001	-0,94
Ansiedad estado (6 meses postparto)	-9,100	<0,001	-1,65
Ansiedad estado (12 meses postparto)	-11,903	<0,001	-2,56
Estrés percibido (1º trimestre)	-10,421	<0,001	-2,27
Estrés percibido (2º trimestre)	-12,543	<0,001	-2,65
Estrés percibido (3º trimestre)	-12,841	<0,001	-2,74
Estrés percibido (2 meses postparto)	-14,179	<0,001	-2,88
Estrés percibido (6 meses postparto)	-12,462	<0,001	-2,58
Estrés percibido (12 meses postparto)	-13,798	<0,001	-2,90
Síntomas premenstruales	-5,437	<0,001	-1,29
Apoyo social (3º trimestre)	6,711	<0,001	1,64
Apoyo social (2 meses postparto)	6,985	<0,001	1,71
Apoyo social (6 meses postparto)	6,010	<0,001	1,49
Apoyo social (12 meses postparto)	11,714	<0,001	1,92

Con respecto a lasvariables evaluadas en varios momentos a lo largo del periodo perinatal, puede observarse en los gráficos las diferencias entre ambos grupos de mujeres en las puntuaciones medias de todas las escalas, así como la trayectoria de las mismas. Con respecto a la ansiedad estado (Figura 40), se observa que en el grupo con sospecha de depresión a lo largo de todo el periodo perinatal el nivel de ansiedad es significativamente superior al de las mujeres sin sospecha de depresión. Así mismo, ambos grupos siguen trayectorias distintas, si bien el postparto es el momento en el que las puntuaciones son más elevadas. Concretamente, el momento con mayor ansiedad es a los 12 meses postparto para

las mujeres con sospecha de depresión contínua (34,0%) y los 2 meses postparto para las mujeres sin sospecha de depresión contínua (15,32%).

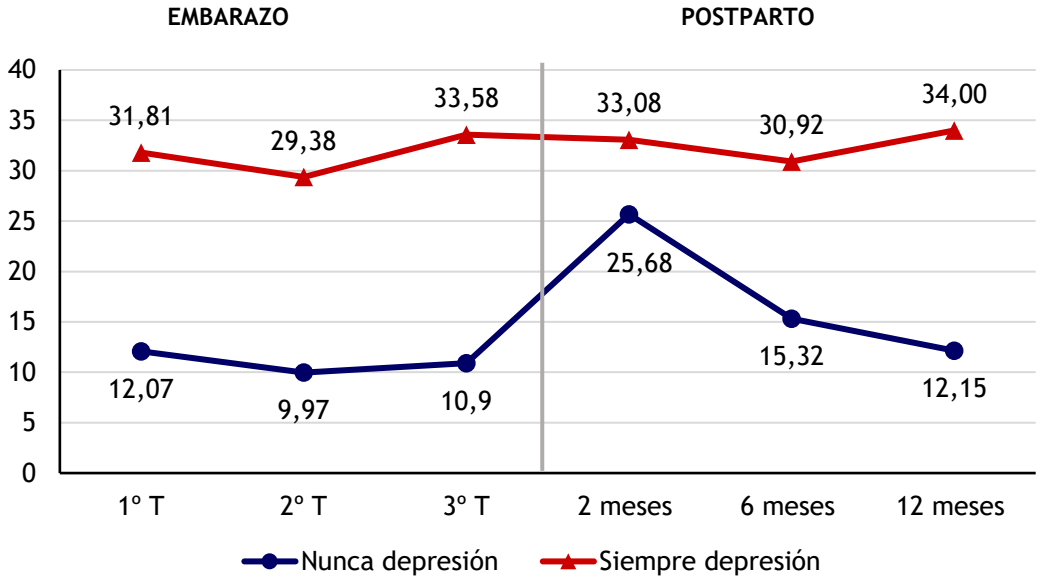

Figura 40. Evolución de las puntuaciones en ansiedad estado en función de la depresión contínua.

Del mismo modo, con respecto al estrés percibido (Figura 41), el grupo de mujeres con sospecha de depresión contínua presenta en todo el periodo perinatal niveles de estrés significativamente superiores al de las mujeres sin sospecha de depresión. Así mismo, las trayectorias son diferentes en ambos grupos de mujeres. Para las mujeres con sospecha de depresión continua el momento de mayor nivel de estrés es a los dos meses postparto mientras que para las mujeres sin depresión lo es el primer trimestre de embarazo.

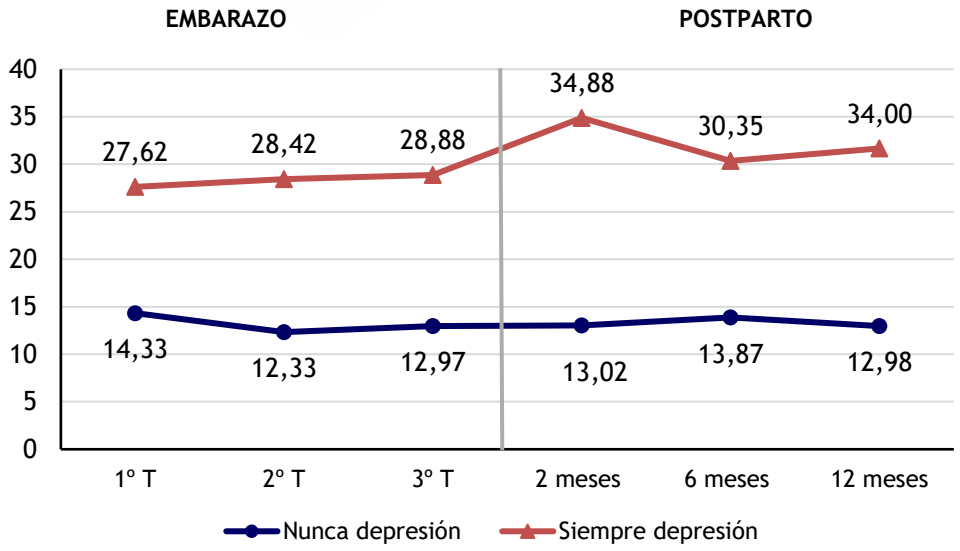

Figura 41. Evolución de las puntuaciones en estrés percibido en función de la depresión contínua.

Respecto al apoyo social (Figura 42), el grupo de mujeres con sospecha de depresión contínua presenta en todo el periodo perinatal una percepción de apoyo social significativamente más bajo que las mujeres sin sospecha de depresión. Con respecto a la trayectoria, la percepción de apoyo social disminuye a lo largo del periodo perinatal en ambos grupos. No obstante, en el grupo de mujeres con sospecha de depresión contínua las puntuaciones más bajas, y por tanto, la mayor percepción de falta de apoyo, se encuentran a los 12 meses postparto (33,69), mientras que en el grupo de mujeres sin sospecha de depresión se sitúan a los 6 meses postparto (49,45).

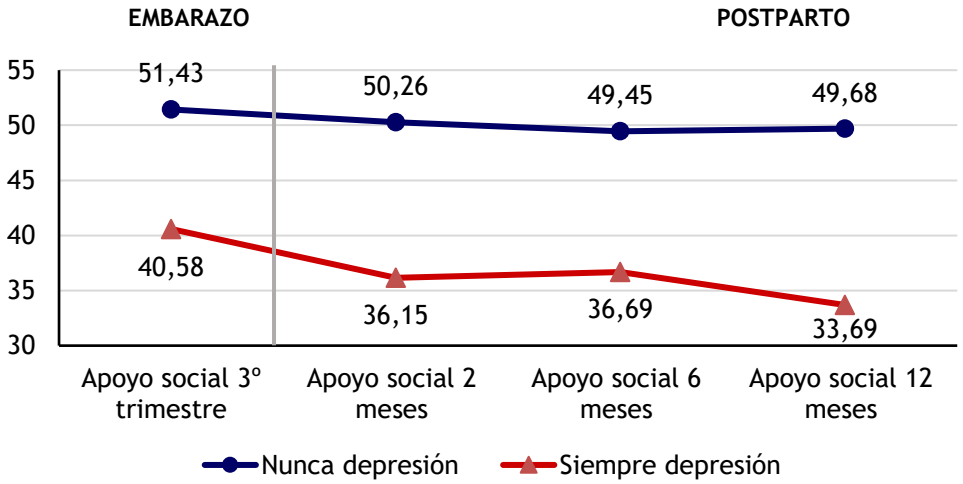

Figura 42. Evolución de las puntuaciones en apoyo social en función la depresión contínua.

Con respecto a aquellas variables evaluadas en un único momento (Figura 43), las mujeres con sospecha de depresión contínua presentan puntuaciones medias significativamente más elevadas en ansiedad rasgo (30,73 vs 13,21) y síntomas premenstruales (16,5 vs. 7,97), que las mujeres sin sospecha de depresión contínua.

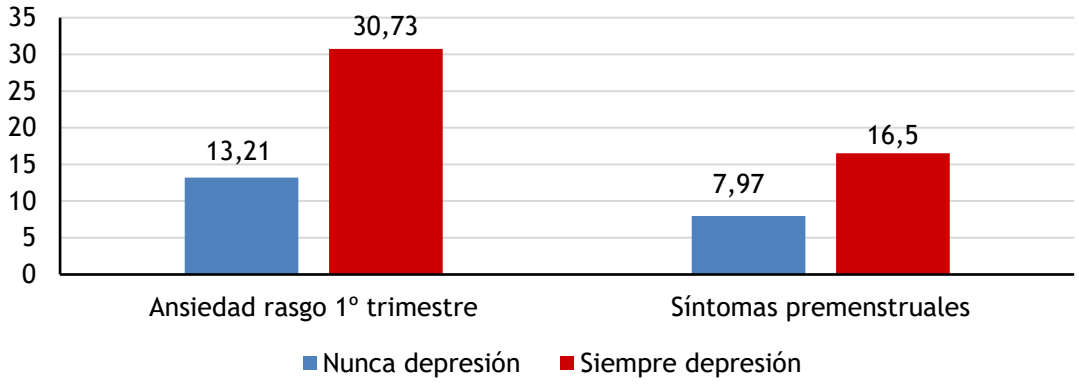

Figura 43. Características de las mujeres con sospecha de depresión contínua en función de las puntuaciones medias en ansiedad rasgo y síntomas premestruales.

A continuación, para finalizar este capítulo se ofrece un resumen de las variables estudiadas en relación a la sospecha de depresión contínua (Tabla 113).

Tabla 113. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión contínua.

		Embarazo/Trimestre			Postparto/Mes		
ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	1º	2º	3º	2	6	12
Variables sociodemográficas	- Edad ≤ 30	X	-	-	-	-	-
	- Menor media de edad	X	-	-	-	-	-
	- No tener pareja	X	-	-	-	-	-
	- Menor nivel de estudios	**V**	-	-	-	-	-
	- No trabajar	**V**	-	-	-	X	X
	- El embarazo influyó a nivel laboral	**V**	**V**	**V**	-	-	-
	- La maternidad influyó a nivel laboral	-	-	-	-	X	X
	- Menor nivel de ingresos	**V**	-	-	-	-	-
	- Influencia negativa de la maternidad en la relación de pareja	-	-	-	-	-	**V**
	- Separación/divorcio	-	-	-	-	-	**V**
Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto	- Multípara	X	-	-	-	-	-
	- Tener abortos previos	X	-	-	-	-	-
	- No planificación del embarazo	**V**	-	-	-	-	-
	- Recurrir a tratamiento de fertilidad	X	-	-	-	-	-
	- Reacción negativa al confirmar embarazo	**V**	-	-	-	-	-
	- Complicaciones en el embarazo	-	-	**V**	-	-	-
	- Seguimiento en consulta de alto riesgo	-	-	-	X	-	-
	- No asistir a clases de educación maternal	-	-	-	**V**	-	-
	- Tipo de parto	-	-	-	X	-	-
	- Complicación en el parto	-	-	-	X	-	-
	- Peso del/a recién nacido/a ≤ 3000 gramos	-	-	-	X	-	-
	- Menor peso medio del/a recién nacido/a	-	-	-	X	-	-
	- No tener intención de dar el pecho	-	-	X	-	-	-
	- No lactancia materna	-	-	-	**V**	**V**	**V**
	- Menor satisfacción embarazo	-	-	-	**V**	-	-
	- Menor satisfacción profesionales embarazo	-	-	-	**V**	-	-
	- Menor satisfacción parto	-	-	-	**V**	-	-
	- Menor satisfacción profesionales parto	-	-	-	**V**	-	-
Variables relacionadas con la salud	- Consumir café/té durante la semana	X	-	-	-	-	-
	- Consumir café/té durante el fin de semana	X	-	-	-	-	-
	- Consumir alcohol durante la semana	X	-	-	-	-	-
	- Consumir alcohol durante el fin de semana	X	-	-	-	-	-
	- Fumar	X	X	X	-	-	-
	- Tener sobrepeso al inicio del embarazo	X	-	-	-	-	-
	- Mayor peso ganado en el embarazo	-	-	-	X	-	-
	- Mayor peso respecto a antes del embarazo	-	-	-	-	**V**	**V**
Variables psicológicas	- Antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico	**V**	-	-	-	-	-
	- Antecedentes de depresión	**V**	-	-	-	-	-
	- Empeoramiento del estado de ánimo en embarazo previo	-	-	**V**	-	-	-
	- Baby blues	-	-	-	**V**	-	-
	- Ansiedad rasgo	**V**	-	-	-	-	-
	- Ansiedad estado	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Síndrome premenstrual/disfórico	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**
	- Apoyo social bajo	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**	**V**

Tabla 113. Variables asociadas a la sospecha de depresión contínua (Cont.).

		Embarazo/Trimestre			Postparto/Mes		
		1º	2º	3º	2	6	12
Variables psicológicas	- Puntuaciones medias en:						
	- Ansiedad rasgo	V	-	-	-	-	-
	- Ansiedad estado	V	V	V	V	V	V
	- Estrés percibido	V	V	V	V	V	V
	- Síndrome premenstrual/disfórico	V	-	-	-	-	-
	- Apoyo Social	-	-	V	V	V	V
	- Apoyo afectivo	-	-	V	V	V	V
	- Apoyo confidencial	-	-	V	V	V	V

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

IV. DISCUSIÓN

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

En el presente estudio, consistente en una investigación longitudinal con seis momentos de evaluación, tres durante el embarazo y tres durante el postparto, se planteó como objetivo principal conocer la prevalencia de la depresión perinatal en una muestra de mujeres gallegas, así como analizar las variables asociadas a la misma. Concretamente, después de validar la EPDS para poder ser utilizada en el embarazo, se evaluó la prevalencia de depresión durante el mismo (en el primer, segundo y tercer trimestre) así como en el postparto (a los dos, seis y doce meses). Para ello, en todos los momentos de evaluación, se utilizó un cuestionario de autoinforme (EPDS) y una entrevista clínica (SCID) y se analizaron las variables asociadas en función del instrumento utilizado.

A continuación, la discusión se va a dividir en función de los objetivos específicos planteados para facilitar el seguimiento de la misma.

1. VALIDACIÓN DE LA EPDS COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

El primer objetivo de este estudio fue validar la EPDS como un instrumento de cribado para detectar probable depresión durante el embarazo en mujeres españolas y proponer un posible punto de corte específico para cada trimestre, así como uno general para todo el embarazo.

La EPDS ha sido la herramienta de screening más utilizada y documentada para la detección de la depresión posparto durante varias décadas (Cox, 2019). Aunque fue diseñada específicamente para su utilización en el postparto, su uso para detectar síntomas depresivos durante el embarazo también ha sido bien documentado (ej., Bergink et al., 2011; Cox et al., 1996; Hanlon et al., 2008; Stewart et al., 2013), si bien, en España, la EPDS ha sido utilizada durante el embarazo (ej., Carrascón et al., 2006; Escribà-Agüir, y Artazcoz, 2011; Míguez, Fernández et al., 2017), hasta la fecha, no había sido validada para su uso en este periodo.

Tras el proceso de validación, la EPDS mostró una alta confiabilidad en la prueba test-retest y una validez concurrente aceptable, lo que, en términos generales, le confiere buenas propiedades psicométricas.

El criterio utilizado para elegir el punto de corte más adecuado durante el embarazo fue la mejor combinación entre los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y precisión general, concretamente, el equilibrio óptimo entre sensibilidad, especificidad y VPN. De esta manera, los puntos de corte específicos de la EPDS para la depresión combinada fueron ≥ 9 en el primer trimestre del embarazo y ≥ 10 en el segundo y tercer trimestre, respectivamente. Asimismo, se estableció un punto de corte ≥ 10 para el embarazo en general. De acuerdo con los datos proporcionados por diferentes estudios, los puntos de corte son, en general, más bajos en el período postparto que en el período antenatal (Adouard et al., 2005; Alvarado et al., 2015; Bunevicius, Kusminskas y Bunevicius, 2009; Felice et al., 2006; Murray y Cox, 1990; Rubertsson et al., 2011; Tendais et al., 2014). En España, el punto de corte en el período postparto para la depresión combinada se estableció en ≥ 11 (Garcia-Esteve et al., 2003), si bien en una publicación más reciente (Navarro et al., 2017) se indicaba que una puntuación entre 10 y 11 indicaría posible trastorno depresivo y, por tanto, el punto de corte ≥ 10 debería ser utilizado para detectar probable depresión postparto. En la validación de la EPDS en el embarazo el punto de corte propuesto es un punto más bajo que el punto de corte obtenido en la validación de la EPDS en el postparto. Esto puede deberse a que, en España, la depresión postparto es más conocida y está más normalizada en la sociedad que la depresión antenatal, que sigue siendo un tema tabú tanto para las mujeres como para sus familias. Por lo tanto, durante el embarazo, es probable que las mujeres eviten expresar sentimientos negativos y tiendan a idealizar este período de sus vidas con mayor frecuencia. Estos resultados estarían en la misma línea que los obtenidos por Stewart et al. (2013) en Malawi, Toreki et al. (2013) en Hungría y Wang et al. (2009) con la versión china continental de la EPDS. En estos tres casos, el punto de corte obtenido en el embarazo fue inferior al obtenido en la validación de la EPDS en el período postparto.

Por otro lado, el mejor punto de corte hallado en el segundo y tercer trimestre fue el mismo (≥ 10). Esta concordancia entre el segundo y el tercer trimestre también fue encontrada por Bergink et al. (2011) con un punto de corte ≥ 10, por Bunevicius, Kusminskas, y Bunevicius (2009) con un punto de corte ≥ 11, y por Su et al. (2007), quienes encontraron un punto de corte específico ≥ 13 para el tercer trimestre, así como para el segundo y tercer trimestre en total. Cabe destacar, también, que la mayoría de los estudios han validado la EPDS en un solo momento durante el embarazo (ej., Alvarado et al., 2015; Stewart et al.,

2013; Toreki et al., 2013; Wang et al., 2009) ofreciendo diferentes puntos de corte. Estas diferencias pueden deberse, en parte, a los distintos momentos de evaluación en relación con el parto (embarazo temprano o tardío). Por lo tanto, es importante considerar el trimestre en el que se realizó la validación, ya que la prevalencia de la depresión puede fluctuar durante el embarazo (Felice et al., 2006). Como consecuencia, el punto de corte óptimo para la EPDS también puede ser diferente.

En cuanto a los valores de sensibilidad y especificidad para la EPDS en función de los puntos de corte, los porcentajes más bajos se obtuvieron en el primer trimestre (8–14 semanas de gestación), aunque comparables a los encontrados en otros estudios de validación (Felice et al., 2006; Murray y Cox, 1990; Toreki et al., 2013). Hay que tener en cuenta que, puntos de corte bajos, conducen a valores de sensibilidad y especificidad bajos, y viceversa. En este sentido, el punto de corte ≥ 9 hallado en el primer trimestre es también el más bajo de los tres trimestres de embarazo. Con respecto a los VPP, los valores obtenidos fueron bajos, ya que posiblemente se vieron influidos por la baja prevalencia de la depresión combinada en comparación con la prevalencia encontrada por otros estudios donde los VPP fueron más altos (Adouard et al., 2005; Felice et al., 2006). Sin embargo, en el estudio realizado por Bergink et al. (2011) y Bunevicius, Kusminskas, Pop et al. (2009), donde la prevalencia de la depresión en cada trimestre del embarazo también es baja y similar a la obtenida en nuestra investigación, los VPP también son bajos, en la misma línea que los proporcionados en este estudio. La principal desventaja de los VPP bajos es el aumento de la tasa de falsos positivos. Como consecuencia, se realizarán más entrevistas clínicas de las necesarias para confirmar el diagnóstico de depresión. Sin embargo, esto no sería un problema importante, ya que no implica una carga emocional adicional para las mujeres ni altos costes para el servicio de salud. En contraste, los VPN obtenidos en todos los posibles puntos de corte y en todos los trimestres de embarazo fueron altos, con un rango de 95 a 100. Estos valores son similares a los obtenidos en otros estudios de validación de la EPDS durante el embarazo (Adewuya et al., 2006; Adouard et al., 2005; Felice et al., 2006; Husain et al., 2014), lo cual significa que entre el 95% y el 100% de las mujeres evaluadas como sanas por la EPDS no padecen un trastorno depresivo, es decir, nos permite descartar la patología con mayor seguridad.

Finalmente, para facilitar la decisión con respecto al punto de corte más apropiado durante el embarazo, se calculó la precisión general de la EPDS. Con los puntos de corte seleccionados, entre el 70,7% y el 85,8% de las mujeres fueron clasificadas correctamente.

También se alcanza una precisión general adecuada con otros puntos de corte, pero en estos casos, la combinación de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN no fue adecuada.

A la vista de los datos, la validación de la EPDS para su uso en el embarazo proporcionó buenos valores de sensibilidad y especificidad, combinados con un alto valor predictivo negativo y una buena proporción general de casos correctamente identificados. Por lo tanto, cumpliría los requisitos para un buen instrumento de detección, ya que evita en gran medida que un episodio depresivo sea pasado por alto. La principal limitación se encuentra en que los bajos VPP obtenidos implican un aumento de la tasa de falsos positivos, lo que significa que se necesitan más evaluaciones para confirmar el diagnóstico de un trastorno depresivo. Sin embargo, la mayoría de las herramientas de detección adolecen de las mismas dificultades, ya que están diseñadas para detectar el riesgo de presentar una patología. Por tanto, se requiere de una valoración clínica para realizar un diagnóstico definitivo (Gibson, McKenzie-Mcharg, Shakespeare, Price y Gray, 2009).

La validación de la EPDS durante el embarazo añade un importante valor a la literatura, pues es la primera vez que se lleva a cabo en mujeres españolas. Por otro lado, se trata de un estudio longitudinal de una amplia muestra de mujeres embarazadas que fueron evaluadas en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, tal y como sugirieron Kozinszky y Dudas (2015), y no solamente en un momento aislado de la gestación. Estas evaluaciones han permitido establecer un punto de corte específico de la EPDS para cada trimesre de gestación. De igual modo, se ha propuesto un punto de corte general para la totalidad del embarazo. Los únicos estudios que han proporcionado datos para cada trimestre son los llevados a cabo en Lituania (Bunevicius, Kusminskas, Pot et al., 2009) y Países Bajos (Bergink et al., 2011). Sin embargo, no han proporcionado un punto de corte general para todo el período de embarazo. La ventaja de proporcionar un punto de corte general para todo el embarazo y específico para cada trimestre reside en que permite que cada estudio utilice el punto de corte más apropiado según el momento del embarazo en el que se evalúa a las mujeres, si bien en la práctica clínica resulta más práctico utilizar el mismo punto de corte durante todo el embarazo.

Así pues, la EPDS ha demostrado ser una escala adecuada para detectar sintomatología depresiva en mujeres embarazadas. Se trata de la única escala específica disponible en España que ha sido validada para su uso tanto en el embarazo como en el

postparto. La utilización de escalas generales en el periodo perinatal, que no han sido diseñadas específicamente para esta etapa de la vida y que tampoco han sido validadas para su uso en dicho momento, no parece ser la metodología más adecuada a utilizar. Hay que tener en cuenta que el uso de puntos de corte no validados podría afectar al número de mujeres clasificadas con probable depresión. Además, la EPDS no contiene ítems que evalúan sintomatología somática, presentes en otras escalas generales utilizadas habitualmente como la CES-D o el BDI, lo cual dificultaría el poder distinguir los cambios fisiológicos propios del embarazo y postparto, tales como aumento/pérdida de peso, aumento/pérdida de apetito, o cansancio, de los asociados con la presencia de depresión. Finalmente, la brevedad de la EPDS, con solo 10 ítems, facilita el uso rutinario e interpretación de esta escala por parte de los profesionales de la salud, así como su aceptación por parte de las mujeres, pues entraña menos de cinco minutos el cumplimentarla.

2. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO

El segundo objetivo de esta investigación consistió en evaluar la prevalencia de la sospecha de depresión durante el embarazo, en el primer, segundo y tercer trimestre. En concreto, se partió de la hipótesis de que dicha prevalencia oscilaría entre el 10,0% y el 20,0%, atendiendo a estudios previos. Los resultados hallados se sitúan ligeramente por encima de los planteados en la hipótesis, tanto en el primer (23,0%) como en el tercer trimestre (20,9%), si bien en el segundo trimestre (17,1%) la prevalencia hallada coincidiría con la hipótesis planteada. Por tanto, en el presente estudio, el rango de prevalencia de sospecha de depresión en el embarazo se situó entre el 17,1% y el 23,0%.

Si bien no es sencillo comparar los resultados obtenidos con los de otras investigaciones debido a la gran varibilidad existente en la metodología utilizada, a continuación, se comentarán los aspectos más relevantes.

La prevalencia de sospecha de depresión hallada en el primer trimestre fue del 23,0%. Los datos que más se aproximan a este valor pertenecen al estudio llevado a acabo por Bodecs et al. (2013) en Hungría, quienes hallaron una prevalencia del 19,9% con el BDI. Así mismo,

en Sudáfrica, Redinger et al. (2017) hallaron una prevalencia del 27,0% con la EPDS y un punto de corte ≥ 13.

Con respecto al segundo trimestre, la prevalencia hallada en nuestro estudio fue del 17,1%. Utilizando el mismo criterio del presente trabajo, Pinto et al., (2017) hallaron una prevalencia del 24,4% en Portugal. Los valores más próximos se encuentran en el estudio realizado en China por Weng et al. (2016). Estos autores hallaron una prevalencia del 13,7% con la EPDS y un punto de corte ≥ 13. Por otro lado, Castro e Couto et al. (2016) hallaron con el BDI una prevalencia del 23,9% en una muestra de mujeres brasileñas.

En el tercer trimestre, la prevalencia hallada fue del 20,9%. En este caso, se encuentran valores similares en estudios llevados a cabo en Brasil por Silva et al. (2012), en Israel por Glasser et al. (2012) y en Portugal por Pinto et al., (2017), quienes encontraron prevalencias del 20,5%, del 20,8% (utilizando la EPDS con un punto de corte ≥ 13) y del 24,2% (con un punto de corte ≥ 10).

Cabe destacar con respecto a los datos que se acaban de exponer, que en general el punto de corte utilizado para la EPDS por los diferentes estudios ha sido superior (≥ 13) al utilizado en el nuestro (≥ 10), a excepción del estudio de Pinto et al., (2009) en Portugal. Además, no se han usado puntos de corte validados para su uso en el embarazo. Si dichos estudios utilizasen un punto de corte ≥ 10, sus datos de prevalencia de sospecha de depresión serían probablemente muy superiores a los nuestros. Tal es el caso del estudio llevado a cabo por Weng et al., en China con una prevalencia en el primer, segundo y tercer trimestre del 14,3%, 13,7% y 16,6% respectivamente (utilizando puntos de corte ≥ 14 y ≥ 13) o de Tsao et al. (2016) que halló una prevalencia del 17,3% en el tercer trimestre utilizando un punto de corte ≥ 14 con una muestra de mujeres Taiwanesas.

Si nos centramos en los trabajos que han utilizado el mismo criterio que el nuestro (EPDS ≥ 10), solamente Glasser et al. (2012) en Israel hallaron una prevalencia casi idéntica en el tercer trimestre (20,8%). Sin embargo, Hu et al. (2019) en China hallaron una prevalencia inferior en el segundo (9,34%) y tercer trimestre (9,64%), mientras que Verreault et al. (2014) en Canadá (28,3%) y Polachek et al. (2014) en Israel (24,7%) hallaron prevalencias superiores con mujeres que se encontraban en el tercer trimestre de gestación. Pinto et al., (2017) en Portugal obtuvieron datos superiores, tanto en el segundo trimestre

(24,4%), como en el tercero (24,2%) al igual que Figueiredo et al., (2009) que hallaron un 26,7% en el tercer trimestre.

En todos los casos, llama la atención que los datos más similares se han hallado en regiones y/o países a priori muy diferentes culturalmente al nuestro (ej., Sudáfrica, China, Israel), lo cual debería explicar las diferencias, no las similitudes. Por tanto, pudiera ser que haya otras variables como el tipo de atención profesional recibida durante el embarazo, la congruencia entre las expectativas y la realidad con respecto a la experiencia de embarazo, o los niveles de satisfacción, que puedan estar influyendo en la forma cómo la embarazada percibe, procesa, y/o manifiesta sus emociones.

Al comparar nuestros datos con los obtenidos en otros estudios realizados en España, la primera limitación que encontramos es que no existen datos de prevalencia del segundo trimestre de embarazo. Con respecto al primer trimestre, Perales et al. (2015) hallaron una prevalencia del 22,1% utilizando la CES-D, mientras que utilizando el PHQ-9 Rodriguez-Muñoz, Castelao-Legazpi et al. (2017) y Rodriguez-Muñoz, Le et al. (2017), hallaron una prevalencia del 11,1% y 14,8%, respectivamente. El único estudio que ha evaluado la sintomatología depresiva con la EPDS en el primer trimestre es el de González-Mesa et al. (2018), los cuales hallaron una prevalencia del 9,1% utilizando un punto de corte ≥ 13, dato muy inferior al obtenido en nuestro estudio.

En el tercer trimestre, el valor más próximo a la prevalencia del 20,9% hallada en el presente estudio fue el obtenido por Perales et al. (2015), que utilizando la CES-D, hallaron una prevalencia del 24,7% en una muestra de mujeres de la comunidad de Madrid. Con la EPDS y un punto de corte ≥ 13, Escribá-Aguir et al. (2011) hallaron en una muestra de mujeres de la comunidad Valenciana una prevalencia del 10,3%, por tanto, inferior a la aportada en nuestro estudio.

Cabe destacar con respecto a los estudios españoles mencionados que han utilizado la EPDS con un punto de corte no validado para su uso en el embarazo y, por tanto, pudiera ser una de las causas de las diferencias de prevalencia halladas con respecto a este estudio, en el cual el punto de corte utilizado se ha obtenido tras un proceso de validación (Vázquez y Míguez, 2019). Concretamente, utilizando este punto de corte los datos de prevalencia de los estudios llevados a cabo en España hubieran sido superiores y, por tanto, más próximos a los del presente. Si bien hay una excepción, pues en el único estudio llevado a cabo en mujeres gallegas por Míguez, Fernández et al. (2017), hallaron una prevalencia de sospecha de

depresión del 31,3%, 21,2% y 19,2% utilizando un punto de corte ≥ 10, ≥ 12 y ≥ 13, respectivamente. Para ello evaluaron una cohorte de embarazadas de los tres trimestres de gestación, si bien predominaban las del tercer trimestre. Nuestro rango de prevalencia de sospecha de depresión en el embarazo, situado entre el 17,1% y el 23,0%, es inferior con respecto al aportado en este estudio. Una posible explicación podría ser el hecho de que en este caso las mujeres realizaban el seguimiento de su embarazo en la consulta de alto riesgo obstétrico. Las preocupaciones inherentes a esta situación, debido a la posible presencia de complicaciones tanto en la madre como en el bebé en desarrollo, pudieran ser las responsables de puntuaciones más elevadas en la EPDS.

3. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL EMBARAZO

Respecto a la prevalencia de la depresión mayor durante el embarazo, en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación, se partió de la hipótesis de que ésta oscilaría entre el 5,0% y el 10,0%, atendiendo a estudios previos. Los resultados hallados estarían por debajo de los planteados en la hipótesis tanto en el segundo (3,9%) como en el tercer trimestre (4,6%), si bien en el primero (5,2%) la prevalencia se encontraría en el límite inferior de la hipótesis propuesta. Por tanto, el rango de prevalencia de depresión mayor en el embarazo se situó entre el 3,9% y el 5,2%.

Estos datos también son inferiores a los aportados por encuestas realizadas sobre la población general de mujeres tanto de Europa como de España. Concretamente, el informe Health at a Glance: Europe 2018 (OECD/EU, 2018), informa de una prevalencia de depresión en las mujeres del 8,8%. En España, según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2017) la prevalencia de depresión es del 6,7%. Esta diferencia entre los datos hallados en nuestra muestra de embarazadas y los obtenidos sobre la muestra general de mujeres no corrobaría la hipótesis de que el periodo perinatal, y en este caso concreto el embarazo, constituyen los periodos de mayor vulnerabilidad en la vida de una mujer para el desarrollo de un trastorno depresivo (Cohen et al., 2006; Kamysheva et al., 2010; Smith et al., 2011). La diferencia entre los datos hallados puede deberse a la metología empleada para determinar la prevalencia. Concretamente, en el presente estudio, las evaluaciones se han

llevado de forma individual y presencial utilizando una entrevista clínica diagnóstica. Por contra, los datos proporcionados por las encuestas son recogidos retrospectivamente, via telefónica o postal, y se basan en la percepción de la encuestada sobre su estado de salud y de si ha sido diagnosticada de depresión. Por tanto, además del sesgo de recuerdo que conllevan este tipo de encuestas, no es posible comprobar si realmente las mujeres encuestadas han tenido un diagnóstico de depresión tal y como afirman ni cómo se ha llegado a tal diagnóstico.

Con respecto a los datos publicados por otros estudios, no se han encontrado valores de prevalencia de depresión mayor en el primer trimestre de embarazo, pero sí de depresión combinada siendo ésta del 8,6% en una muestra de mujeres en Italia (Banti et al., 2011). En nuestro estudio la prevalencia de depresión combinada (7,1%) estaría un punto por debajo de esos valores.

En el segundo trimestre, la prevalencia de depresión mayor hallada en el presente estudio (3,9%) sería inferior a la encontrada en Brasil por Castro e Couto et al. (2016) cuya prevalencia fue del 13,5% con la entrevista MINI.

En el tercer trimestre los datos de prevalencia de depresión mayor hallados (4,6%) estarían en la línea de los aportados por Giardinelli et al. (2012) en Italia, los cuales informaron de una prevalencia del 4,7%. Sin embargo, nuestros datos son muy superiores a los hallados por Marques et al. (2011) en Portugal, con una prevalencia del 1,1%.

Las diferencias entre los datos del presente estudio y los encontrados por los estudios llevados a cabo en Brasil y Portugal, puede deberse a que utilizan para el diagnóstico de la depresión mayor la entrevista MINI y la DIGS, respectivamente. A pesar de que ambas entrevistas, al igual que la SCID, se basan en los criterios diagnósicos del DSM-IV, la utilización de diferentes instrumentos puede dar lugar a diferentes formas de interpretar o puntuar los elementos que las componen.

Con respecto a España, no es posible establecer comparaciones, pues este es el primer estudio que aporta datos de prevalencia de depresión en el embarazo con entrevista clínica. Por tanto, es evidente la importancia de llevar a cabo más estudios con población de embarazadas en nuestro país y conocer la prevalencia de la depresión en diferentes regiones.

4. VARIABLES ASOCIADAS A LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN Y A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL EMBARAZO

El cuarto objetivo de esta investigación fue identificar las variables asociadas tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor en el embarazo. A continuación, se explicarán dichas relaciones en función de los grupos de variables estudiadas (sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, relacionadas con la salud y variables psicológicas).

Variables sociodemográficas

Con respecto a las *variables sociodemográficas*, tanto la sospecha de depresión como la depresión mayor se han asociado a tener menor *edad* y, en particular, a tener una edad igual o inferior a los 30 años. Concretamente, la sospecha de depresión se asoció con una edad media inferior en todos los momentos de la gestación, mientras que para la depresión mayor se halló asociación en el 2º y 3º trimestre. Esta relación fue hallada en otras investigaciones en las que tener una edad inferior a los 25 años (Kheirabadi y Maraci, 2010), inferior a 20 (Bodecs et al., 2013) o comprendida entre los 15-20 años (Thompson y Ajayi, 2016) han sido asociadas a mayor riesgo de depresión antenatal. Dicha relación podría explicarse por el hecho de que las mujeres más jóvenes suelen tener una posición económica más desfavorable e inestable y trabajos peor remunerados, lo que conlleva un menor nivel de ingresos (Thompson y Ajayi, 2016). Además, en el presente estudio, tener una edad inferior o igual a los 30 años, ha resultado ser una variable predictora de la depresión mayor en el segundo y tercer trimestre de gestación.

Por contra, alunos estudios han encontrado asociación en sentido contrario, es decir, a mayor edad, mayor riesgo de depresión (ej., De Vargas et al., 2017; Weobong et al., 2014). En este caso, más que la edad en sí misma, la explicación que podría estar tras esta asociación tendría más que ver con cuestiones culturales, como por ejemplo el hecho de que en algunas sociedades ser madre joven es la norma y lo que se espera de ellas mientras que en otras lo es todo lo contrario. Así mismo, el bagaje personal con el que llegan las mujeres de mayor edad a la maternidad en lo que respecta a las posibles dificultades para concebir y la ansiedad asociada a las mismas (Cleary-Goldman et al., 2005; Treacy et al., 2006), podría ser una posible explicación de su mayor prevalencia de depresión.

Por otro lado, tanto la sospecha de depresión como la depresión mayor se han asociado en todos los momentos de evaluación del embarazo con tener un *menor nivel de estudios*. Si bien estos datos concuerdan con lo hallado por la mayoría de los estudios (ej., Bödecs et al., 2013; De Vargas et al., 2017; Goecke et al., 2012; Thompson y Ajayi, 2016; Yanikkerem et al., 2013), otros como Giardinelli et al., (2012), no hallaron asociación. La relación entre estas dos variables puede explicarse teniendo en cuenta que un bajo nivel de educación a menudo está relacionado con desventajas socioeconómicas (De Vargas et al., 2017), siendo éste, uno de los aspectos que más preocupa a las mujeres a la hora de enfrentarse a la maternidad, pues pueden temer no ser capaces de cubrir las necesidades de sus hijos/as (Segre et al., 2007). Así mismo, un nivel socioeconómico bajo suele ir acompañado de mayor estrés relacionado con las dificultades económicas, lo que a su vez es un factor de riesgo para la depresión perinatal. En relación con esto, en el presente estudio el tener un *menor nivel de ingresos*, concretamente inferiores o iguales a los 1000 euros mensuales, también se asoció a la presencia de depresión. En concreto, con la sospecha de depresión se halló relación en el 1º y 2º trimestre, y con la depresión mayor en el 2º trimestre. Este hallazgo sería congruente con los hallados por otros autores, pues se encontró asociación con tener un estatus socioeconómico bajo (ej., Banti et al., 2011; Bodecs et al., 2013; Melo et al., 2012) e ingresos familiares por debajo del salario mínimo (Benute et al., 2011). Cabe destacar que, en el presente estudio, el menor nivel de ingresos fue una variable predictora de la sospecha de depresión en el primer trimestre de embarazo.

Uno de los factores relacionados tanto con el nivel de estudios como con la situación económica es la *situación laboral*. El estar en situación de desempleo se asoció con la presencia de sospecha de depresión en el 1º trimestre y con la depresión mayor en el 2º y 3º trimestre. Giardinelli et al. (2012) explican que esta relación puede deberse a que no trabajar implica tener una menor red de apoyo social y un cierto aislamiento, y estaría en consonancia con los datos aportados por otros estudios que también hallaron esta asociación (ej., Bodecs et al., 2013; Giardinelli et al., 2012; Kheirabadi y Maracy 2010). Cabe destacar que estudios como el de Husain et al. (2011) en Irán, no hallaron tal relación, pero sí con el hecho de que sea la pareja la que se encuentre en stuación de desempleo. Cuestiones culturales relativas al papel de la mujer en el mundo laboral estarían detrás de esta asociación.

Así mismo, carecer de actividad laboral remunerada está asociado a menor nivel educativo y menores recursos económicos, tal y como se argumentó anteriormente. Otro

aspecto que podría explicar esta asociación podría ser la frustración de las mujeres al ver que la situación de embarazo no les permitió acceder en igualdad de condiciones al mercado laboral, manifestando incluso que han sufrido despidos, no han podido optar a puestos de responsabilidad, han solicitado reducciones de jornada o adaptaciones de puesto que en muchos casos no se corresponde con su categoría profesional. Esta hipótesis explicaría la asociación que en el presente estudio se halló entre la percepción por parte de las mujeres de que el embarazo había influido negativamente en su situación laboral y la presencia de sospecha de depresión/depresión mayor. En concreto, la percepción de que el embarazo les influyó negativamente se asoció con la sospecha de depresión en todos los momentos del embarazo y con la depresión mayor en el 1º y 2º trimestre.

Cabe destacar una variable sociodemográfia con la que no se halló asociación en ningún momento del embarazo ni con sospecha de depresión ni con depresión mayor. El hecho de *no tener pareja* se asocia en muchos estudios con la depresión antenatal (ej., Brittain al., 2015; De Vargas et al., 2017; Melo et al., 2012; Weng et al., 2016; Weobong et al., 2014), pero no en esta investigación. No obstante, sólo 29 mujeres afirmaron no tener pareja en el presente estudio y esto podría influir en los resultados.

Variables relacionadas con el embarazo

Respecto a las *variables relacionadas con el embarazo*, la paridad, en concreto *ser multípara*, se asoció con la sospecha de depresión en el 1º y 2º trimestre, así como con tener depresión mayor en el 1º, siendo en este caso una variable predictora. Si bien hay estudios que corroboran esta asociación (ej., Ajinkya et al., 2013; Banti et al., 2011; De Vargas et al., 2017; González-Mesa et al., 2018), Redinger et al., (2017) la han encontrado a la inversa, es decir, el ser nulípara se asoció a la depresión gestacional. En nuestro caso la explicación puede deberse a que las mujeres con más hijos soportan una mayor carga física y emocional derivada de las exigencias de cuidar a un mayor número de miembros en la familia.

Con respecto a la existencia de *abortos previos*, esta variable se asoció y además fue predictora de la sospecha de depresión en el 1º trimestre, no hallándose relación en ningún otro momento ni tampoco con la presencia de depresión mayor. Una posible explicación podría ser que los abortos tienen lugar en el primer trimestre y, por tanto, aquellas mujeres con antecedentes experimentan mayor angustia en este momento por el miedo a que se repita la situación y porque, a su vez, les supone recordar la experiencia previa. Esta situación

podría hacerlas vulnerables a desarrollar sintomatología depresiva. Una vez superado este trimestre, estos síntomas parecen desaparecer. Si bien otros autores también encontraron asociación entre tener abortos previos y la depresión antenatal (ej., Ajinkya et al., 2013; González-Mesa et al., 2018; Weobong et al., 2014), en estudios como el de Kheirabadi et al. (2010), esta relación no fue significativa.

El *no haber planificado el embarazo* se asoció en el 2º trimestre tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor. Esta asociación ha sido ampliamente documentada (ej., Ajinkya et al., 2013; Giardinelli et al., 2012; González-Mesa et al., 2018; Weobong et al., 2014), si bien algún estudio no ha encontrado una relación significativa (Castro e Couto, et al., 2016). Hay varias posibles explicaciones al respecto. En primer lugar, un embarazo no planificado o no deseado conlleva una enorme carga emocional que puede desencadenar en el desarrollo de depresión (Koutra et al., 2013). Otra de las explicaciones tiene que ver con las características sociodemográficas de las mujeres que se encuentran en una situación de embarazo no deseado. Por un lado, puede ser que estas mujeres no estén preparadas financiera o socialmente para hacer frente a las demanadas del embarazo (Sedgh et al., 2006). Así mismo, suelen tener entornos sociales más inestables y pueden sentir falta de seguridad y de apoyo por parte de su pareja (si existe) y tener más conflictos maritales (Bouchard, 2005; Bouchard et al., 2006). Todas estas circunstancias aumentan el riesgo de depresión antenatal. Por otro lado, el *haber tenido una reacción negativa* ante la confirmación del embarazo se asoció tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor en todos los momentos evaluados, salvo con esta última en el 2º trimestre. Aunque esta variable pudiera estar en relación con la anterior (embarazo no planeado/deseado), no siempre las reacciones negativas se dan en este contexto. Sin embargo, la explicación a dicha relación podría ser similar, pues reacciones negativas como resignación, nerviosismo y enfado, entre otras, suponen una carga emocional añadida. Además, la propia mujer puede sentirse culpable de tener tales reacciones aun siendo un embarazo buscado, pues la idealización de la maternidad y la presión social imponen que es políticamente incorrecto decir (o pensar) algo negativo en este momento.

Con respecto a la presencia de *complicaciones en el embarazo*, se halló asociación con la depresión mayor en el 2º y 3º trimestre, mientras que con la sospecha de depresión no se asoció en ningún momento. Estos resultados estarían en la línea de los hallados por Ajinkya et al. (2013), los cuales afirmaron que tener complicaciones obstétricas durante el embarazo se

asoció a la sospecha de depresión, si bien no especifican cuáles son esas complicaciones. Por otro lado, Thompson y Ajayi (2016) encontraron que tener hipertensión y/o diabetes se asoció con mayor riesgo de sospecha de depresión. Una posible explicación es que estos sucesos suponen eventos vitales estresantes y una carga psicológica para las mujeres que favorece la aparición de sintomatología depresiva. Cabe destacar el aspecto de "la percepción", pues en muchos casos lo que la mujer considera una complicación no lo es en realidad o al menos desde el punto de vista clínico no lo sería. Por ejemplo, algunas mujeres han percibido que tener lumbalgia o naúseas han sido complicaciones, mientras que para un profesional sanitario ambas entidades serían consideradas fisiológicas o dentro de la normalidad. Por tanto, lo importante a nivel psicológico no es lo que quede reflejado en la historia clínica o lo que el profesional opine, si no la percepción que la mujer tenga de su propio proceso.

No asistir a clases de *educación maternal* se asoció tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor en el tercer trimestre, momento único del embarazo en que fue evaluada, pues es cuando de forma habitual se inician los grupos de educación maternal. Las sesiones de educación maternal tienen como objetivo dotar a la madre y a su pareja de conocimientos, estrategias y habilidades que les preparen para afrontar los cambios físicos, emocionales y de estilo de vida en aquellas cuestiones sobre las cuales sientan más inseguridades. El mero hecho de asistir, de estar en contacto con otras mujeres en la misma situación y con las mismas necesidades, de tener a un profesional de referencia que escucha empáticamente y resuelve dudas, puede minimizar el impacto de los posibles miedos y preocupaciones que la mayoría de las mujeres presentan en el embarazo. Si bien esta variable suele estudiarse en relación con la depresión postparto y no con la antenatal.

Con respecto a la *intención de dar el pecho*, variable analizada sólo en el tercer trimestre, no se halló asociación ni con la sospecha de depresión ni con la depresión mayor. Igualmente, autores como Pope, Mazmanian, Bedard, y Sharma (2016), tampoco hallaron asociación entre la intención de practicar lactancia materna y la presencia de síntomas depresivos.

Por último, con respecto al *peso del recién nacido*, se halló asociación entre la presencia de depresión mayor en el 3º trimestre con haber tenido un hijo con una media de *peso inferior y/o igual a los 3000 gramos*. El tener un/a hijo/a con bajo peso al nacimiento es una de las consecuencias de la depresión antenatal que también han hallado otros autores

(Diego et al., 2009, 2006; Loomans et al., 2013; Saeed et al., 2016). Hay que tener en cuenta que en el último trimestre de embarazo es cuando más acelerada es la ganancia de peso fetal y por tanto más afectado se verá su crecimiento ante la presencia de sintomatología depresiva y/o depresión. La explicación a esta relación no es clara, si bien una de las hipótesis es que las mujeres con depresión antenatal tienen elevados niveles de cortisol, lo que resulta también en elevados niveles de cortisol fetal que podrían provocar retraso en el crecimiento (Field, 2004, 2010; Weinstock, 2005).

Variables relacionadas con la salud

Por lo que respecta a las *variables relacionadas con la salud*, como el peso en el presente estudio se halló que tener *sobrepeso* al inicio del embarazo, según los valores del IMC, se asoció a la sospecha de depresión en el segundo trimestre, mientras que con la depresión mayor no se halló relación en ningún momento del embarazo. Autores como Ertel et al. (2017) también hallaron esta asociación con la sospecha de depresión alrededor de las 27 semanas de gestación, aludiendo a que la obesidad materna antes del embarazo puede exacerbar los trastornos del estado de ánimo a través de los efectos negativos sobre la imagen corporal y la autoestima.

Con respecto al *consumo de tabaco* autoinformado, se relacionó con la depresión mayor en el tercer trimestre, mientras que con la sospecha de depresión no se halló asociación en ninguno de los momentos evaluados. Dagklis et al. (2016) también encontraron que la depresión antenatal se asoció significativamente con fumar durante el embarazo mientras que Míguez, Pereira et al. (2017) encontraron que las embarazadas fumadoras informaban de un mayor número de síntomas depresivos. Una de las posibles explicaciones sería la hipótesis de la automedicación, pues la nicotina tiene acción antidepresiva y actuaría como reguladora del estado de ánimo. Por otra parte, autores como Meghea, Rus, y Rus (2012) no hallaron relación entre fumar y depresión, si bien utilizan un instrumento poco específico para medir la sintomatología depresiva en el embarazo y ello puede estar influyendo en los resultados.

Con respecto al *consumo de café/té*, su ingesta durante la semana, así como durante el fin de semana, se asoció con la depresión mayor en el 1º trimestre. No se encontró asociación en ningún momento posterior y tampoco con la sospecha de depresión. Revisiones sobre el tema llevadas a cabo en población general (Grosso, Micek, Castellano, Pajak y Galvano, 2016; Wang, Shen, Wu y Zhang, 2016) concluyeron que el consumo de ambas sustancias

actúa como protector y/o disminuye el riesgo de depresión. Esto podría deberse al efecto antiinflamatorio y antioxidante de ambas, mientras que la cafeína además tendría un efecto modulador de la transmisión dopaminérgica faciltando la liberación de serotonina (Grosso et al., 2016).

Variables psicológicas

Con respecto a las *variables psicológicas* evaluadas, se halló asociación con la presencia de *antecedentes* de trastorno psicológico/psiquiátrico en general y con los antecedentes de depresión en particular en todos los momentos evaluados en el embarazo. Así mismo, el haber percibido un empeoramiento del estado de ánimo en los embarazos previos, así como tener antecedentes de síndrome premenstrual/disfórico, también se han asociado con ambas condiciones de depresión en todos los momentos. Con respecto al resto de variables psicológicas evaluadas durante el embarazo, en todas se halló asociación, tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor. Concretamente, ambas condiciones de depresión se asociaron con la presencia de ansiedad rasgo, ansiedad estado, menor percepción de apoyo social y mayor percepción de estrés.

Con respecto a la presencia de *antecedentes*, se han agrupado bajo este epígrafe todas aquellas condiciones relacionadas con la depresión que pertenecen a la historia previa de la mujer o a un momento anterior a iniciar las evaluaciones. En primer lugar, se halló que el haber padecido un *trastorno psicológico* en el pasado, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más informados por las mujeres (79%), se asoció con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos evaluados en el embarazo. En esta línea estarían los resultados hallados por Giardinelli et al. (2012), los cuales encontraron esta misma asociación, siendo los trastornos más frecuentes los del estado de ánimo, ansiedad y de alimentación. En el presente estudio esta variable fue además predictora de la depresión mayor en el 1º, 2º y 3º trimestre de gestación. Si se tienen en cuenta solamente a las mujeres con *antecedentes de depresión*, esta variable también se asoció con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos del embarazo, al igual que hallaron otros autores tanto con cohortes de mujeres embarazadas (De Vargas et al., 2017; Kheirabadi y Maracy, 2010; Pampaka et al., 2018), como en momentos concretos de la gestación (Banti et al., 2011; Castro e Couto et al., 2016; Weng et al., 2016). La explicación de esta relación es la existencia de una vulnerabilidad a la depresión que puede intensificarse por los cambios que

conlleva el embarazo y la maternidad (ej., sueño, descanso, alimentación, alteración de la imagen corporal). Otra explicación es que muchas mujeres que están a tratamiento por un episodio depresivo en el momento en que tienen conocimiento del embarazo, interrumpen el mismo por temor a posibles efectos teratogénicos para el feto (Vesga-López et al., 2008) y, por tanto, el cuadro lejos de remitir, posiblemente se agudizará y se prolongará a lo largo del periodo perinatal. En relación con esto, en el presente estudio se halló que en el caso de las multíparas el haber percibido un *empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos* se asoció con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos evaluados en el embarazo.

Con respecto al *síndrome premestrual/disfórico*, éste se asoció en todos los momentos con la sospecha de depresión y con la depresión mayor. Estudios previos hallaron esta asociación con la sospecha de depresión al final el embarazo (Roomruangwong et al., 2016) o en una cohorte de embarazdas (Jeong et al., 2013). La principal explicación es biológica, pues el factor causal de esta relación se atribuye a la fluctuación de las hormonas sexuales comunes a todos los eventos reproductivos femeninos (menstruación, embarazo y postparto) y que podrían influir en las vías neuroquímicas relacionadas con la depresión (Buttner et al., 2013; Lee et al., 2015; Sylven et al., 2012). Al igual que la menstruación, el embarazo y el postparto (Andreen et al., 2009; Maguire y Mody, 2009) son condiciones que inducen un cambio hormonal abrupto (Brett y Baxendale, 2001).

Con respecto a la *ansiedad,* se halló que la sospecha de depresión y la depresión mayor se relacionaron con la presencia de ansiedad rasgo y ansiedad estado clínicamente significativas, así como con mayores puntuaciones en sintomatología ansiosa, en todos los momentos evaluados. Esta relación está ampliamente documentada (ej., Banti et al., 2011; Fadzil e al., 2013; Mohammad et al., 2011; Redinger et al., 2018). La principal explicación es la frecuente comorbilidad de ambos trastornos (Fadzil et al., 2013; Falah-Hassani et al., 2016). Ross et al. (2003) concluyeron que más del 50,0% de las mujeres embarazadas con depresión también habían sido diagnósticadas de ansiedad. De hecho, se ha llegado a plantear que ansiedad y depresión no son entidades clínicas independientes (Tendais et al., 2014). Además, comparten factores de riesgo (Heron et al., 2004). Por ello no es fácil encontrar trabajos que no hallen asociación, pues en aquellos que estudian ansiedad y depresión antenatal conjuntamente, la relación siempre es significativa. Cabe destacar que la propia EPDS, diseñada específicamente para detectar sintomatología depresiva, incluye 3 items que

evalúan ansiedad (Matthey, 2008), por tanto, no es de extrañar que las mujeres que puntúan alto en esta escala, no solo lo hagan en depresión sino también en ansiedad. Además de la relación hallada, en el presente estudio la ansiedad estado fue predictora de la sospecha de depresión en todos los momentos del embarazo.

En cuanto al *estrés percibido*, nuestros datos señalan que una elevada percepción de estrés se asocia con la sospecha de depresión y con la depresion mayor en todos los momentos evaluados. Cabe destacar que esta variable también fue predictora de ambas entidades de depresión en todos los momentos evaluados del embarazo. La asociación entre estrés percibido y depresión antenatal también fue hallada por autores como Waldie et al., (2015), si bien es frecuente encontrar esta asociación con otras medidas de estrés como los eventos de vida estresantes y/o el estrés psicológico (ej., Brittain et al., 2015; Melville et al., 2010; Mohammad et al., 2011; Redinger et al., 2018). No obstante, muchos eventos específicos del embarazo pueden ser percibidos como estresantes por las mujeres. Concretamente, Van den Bergh et al. (2005) afirman que el momento del embarazo es especialmente valorado como estresante para muchas mujeres por los cambios que este periodo ocasiona en sus vidas.

En relación con el *apoyo social* se halló que la sospecha de depresión y la depresión mayor se asocian con una menor percepción de apoyo en el tercer trimestre (único momento del embarazo en que fue evaluado). Yanikkerem et al. (2013) encontraron dicha asociación en una cohorte de mujeres embarazadas concluyendo que el apoyo social es crucial para el bienestar psicológico en general. En este sentido las posibles explicaciones que se aportan en los estudios para la relación entre menor percepción de apoyo social y depresión se basan más en el efecto protector del apoyo social sobre la depresión que en el bajo apoyo social como factor de riesgo para la depresión. Concretamente, el apoyo social durante los momentos de estrés puede ser un factor de protección frente al inicio de una depresión (Inandi et al., 2002). El apoyo social modera el estrés del embarazo y el parto y aumenta la autoeficacia materna (Haslam et al., 2006), es decir, la creencia en la propia capacidad como madre. Por tanto, el apoyo social contínuo puede facilitar el proceso de adaptación a la maternidad (Pocan et al., 2013). No obstante, cabe destacar que lo importante es que la mujer perciba que efectivamente está recibiendo este apoyo social.

Los resultados hallados nos indican que todas las variables psicológicas analizadas se relacionan tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor, en la totalidad de

los momentos de evaluación del embarazo. Por ello, es crucial tenerlas en cuenta en los controles habituales de seguimiento del mismo. Esto pone de manifiesto, por un lado, que existen otros trastornos muy prevalentes en el embarazo, además de la depresión. Por otro lado, este hecho demuestra la gran comorbilidad existente entre ellos, principalmente entre depresión, ansiedad y estrés.

5. PREVALENCIA DE LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN EN EL POSTPARTO

El quinto objetivo de esta investigación consistió en evaluar la prevalencia de sospecha de depresión en el postparto a los dos, seis y doce meses. En concreto, se partió de la hipótesis de que la prevalencia oscilaría entre el 15,0% y el 25,0%. Los datos encontrados estarían por encima de los planteados en la hipótesis, pues se halló una prevalencia del 30,3% a los dos meses, del 26,0% a los 6 meses y del 25,3% a los 12 meses. Es decir, el rango de prevalencia se situó entre el 25,3% y el 30,3%.

En el postparto, comparar los datos de prevalencia es más complicado si cabe, no tanto en este caso por el instrumento utilizado, pues hay unanimidad con respecto al uso de la EPDS para el cribado, sino por la gran variabilidad en cuanto a los puntos de corte y momentos de evaluación utilizados por los diferentes estudios. A los dos meses postparto, la prevalencia hallada fue del 30,3%. El mismo valor, utilizando igual instrumento, punto de corte y momento de evaluación fue hallado por Giri et al. (2015) en Nepal. Con respecto a los demás estudios que han utilizado el mismo criterio, sólo el llevado a cabo por Xiong et al. (2018) en China aporta una prevalencia muy superior (56,2%), mientras que los restantes encontraron datos de prevalencia inferiores, con tasas que oscilan entre el 11,0% de Alton et al. (2016) en Canadá y el 20,4% de Connelly et al. (2013) en USA. Si extendemos la comparación a aquellos estudios que han utilizado diferentes puntos de corte y han evaluado a las mujeres en los primeros tres meses postparto, nuestra prevalencia sigue siendo superior a la aportada por la mayoría de ellos (ej., Abdollahi et al., 2016; Al Hinai y Al Hinai, 2014; Annagur et al., 2013; Corrêa et al., 2016; Deng et al., 2014; Koutra et al., 2014; Maliszewska et al., 2017; Polachek et al., 2014; Woolhouse et al., 2015). Los estudios que han hallado tasas de prevalencia superiores son el llevado a cabo en Irán por Taherifard et al. (2013), que

utilizando un punto de corte ≥ 13 hallaron una prevalencia del 34,8%. Así mismo, en el Líbano, El-Hachem et al. (2014) hallaron una prevalencia del 33,3%, si bien utilizaron la EPDS con un punto de corte ≥ 9 a los dos días postparto, momento en el que la sintomatología depresiva como tal no es valorable, pues sería más correcto referirse a ella como *baby blues.* Igualmente fueron superiores las prevalencias halladas en países como Egipto (Hassanein et al., 2014), Taiwan (Ho et al., 2013), Corea (Park et al. 2015) y Argentina (Mathisen et al. 2013), cuyo rango oscila entre el 31,0% y el 42,5%.

Con respecto a los 6 meses postparto, la prevalencia de sospecha de depresión fue del 26,0%. Si tenemos en cuenta los estudios que han utilizado el mismo criterio que el presente trabajo, como son los llevados a cabo por Dolbier et al. (2013) en Canadá (17,4%) y Fiala et al. (2017) en la República Checa (10,1%), nuestros datos de prevalencia serían superiores. Las diferencias encontradas podrían deberse a cuestiones culturales por ser estudios realizados en países muy diferentes al nuestro. Por tanto, la forma de expresar las emociones o de cómo de normalizada esté la manifestación de sentimientos negativos asociados a la maternidad, podría explicar las diferencias halladas. Por otro lado, si incluimos en la comparación aquellas investigaciones que utilizan diferentes criterios (escalas y/o puntos de corte) al establecido en el presente trabajo, las prevalencias halladas siguen siendo inferiores (Iliadis et al., 2015; Lara et al., 2015; Yusuff et al., 2015; Mohammad et al., 2011; Ngai y Ngu, 2015; Sylven et al., 2013; Woolhouse et al., 2015), con tasas que oscilan entre el 4,9% y el 21,2%.

A los 12 meses postparto, la prevalencia de sospecha de depresión fue del 25,3%. En este caso, es inferior a la hallada por Chi et al. (2016) en China (28,0%) y por Do et al. (2018) en Vietnam (27,6%), si bien utilizan el CES-D ≥16 y la EPDS ≥13, respectivamente. Por otro lado, nuestros datos serían superiores a los hallados por Woolhouse et al. (2015) en Australia (9,5%) y Mercier et al. (2013) en USA (6,0%), en ambos casos utilizando la EPDS ≥ 13. Cabe destacar que estos estudios han utilizado un punto de corte superior al nuestro, lo cual puede explicar sus tasas de prevalencia inferiores.

Las diferencias entre nuestros datos y los encontrados en estos estudios en los tres momentos de evaluación del postparto pueden ser explicadas atendiendo a varios motivos, comunes a todos ellos. En primer lugar, la diversidad de puntos de corte utilizados genera confusión y dificultad a la hora de comparar los datos, pues aquellos estudios que utilizan puntos de corte superiores al nuestro verían incrementada su prevalencia si el punto de corte

fuese inferior. Cabe destacar que los puntos de corte utilizados por la casi totalidad de los estudios son superiores al nuestro, siendo el más frecuente el ≥12 y ≥13. Por otro lado, los estudios que utilizan un punto de corte por debajo de 10 (El-Hachem et al., 2014; Miyake et al., 2011; Yusuff et al., 2015; Muchanga et al., 2017; Nishimura et al., 2015; Park et al., 2009; Takahashi y Tamakoshi, 2014), aportan prevalencias muy dispares que oscilan entre el 6,9% y el 42,5%, en muestras de mujeres asiáticas en todos los casos, salvo el estudio de El-Hachem et al. (2014) que fue llevado a cabo en el Líbano.

Otra de las causas, es la variabilidad en los momentos de evaluación utilizados y el hecho de que algunos estudios incluyen cohortes de mujeres que abarcan periodos amplios del postparto, desde las primeras horas postparto a los 12 meses (Alfayumi et al., 2015; Burgut et al., 2013; Kheirabadi y Maracy, 2010; Vaezi et al., 2019), siendo difícil establecer comparaciones pues, como se ha visto, la prevalencia de sospecha de depresión varía considerablemente en función del momento postparto en el que se encuentren las mujeres.

En tercer lugar, aunque la EPDS es el instrumento utilizado en la práctica totalidad de los estudios, otras escalas como el BDI (Hassanein et al., 2014; Kheirabadi y Maracy, 2010), la CES-D (Chi et al., 2016), el PHQ-9 (Lara et al., 2015) y el DSRS (Iliadis et al., 2015) también han sido utilizados, y los resultados obtenidos con diferentes instrumentos de evaluación suelen diferir.

En este ámbito, es importante tener presente las diferencias culturales y, en concreto, aquellas relacionadas con las prácticas en torno al nacimiento y cuidado de los hijos. Por ejemplo, el tipo de sanidad pública y/o privada y la facilidad de acceso a la misma, el tipo de asistencia al parto más o menos intervencionista o medicalizada, la normalización de intervenciones como las cesáreas o la separación de los niños de sus madres en algunos países, mientras que en otros sería un evento adverso, y/o el papel de la mujer en la toma de decisiones respecto a su embarazo, parto y postparto, entre otras.

Al comparar nuestros datos con los obtenidos por los estudios realizados en España, la tendencia al alza se mantiene. A los dos meses postparto, el rango de prevalencia hallado oscila entre el 6,8% (Carrascón et al., 2006) y el 35,4% (Míguez, Fernández et al., 2017). Cabe destacar que este último estudio es el único que obtiene datos de prevalencia ligeramente superiores al nuestro (30,3%), utilizando, además, el mismo punto de corte y una muestra de mujeres gallegas. Con el mismo criterio, Martínez et al. (2001) también

encontraron una prevalencia superior (32,7%), si bien fue obtenida en los primeros días tras el parto y por tanto se correspondería más con la prevalencia de *baby blues* que de sospecha de depresión propiamente dicha. Por tanto, aunque en la presente investigación la prevalencia es superior a la de aquellas que han llevado a cabo evaluaciones en este periodo (ej., Carrascón et al., 2006; Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011; Marín-Morales et al., 2014; Sebastián Romero et al., 1999), estaría en la línea del único que se ha realizado en nuestro entorno (Míguez, Fernández et al., 2017). Las diferencias encontradas con respecto a los otros estudios podrían explicarse por el uso de diferente instrumento de evaluación (BDI) como en el caso del estudio de Marín-Morales et al. (2014), y diferentes puntos de corte no validados (ej., Machado et al., 1997; Sierra et al., 2002; Carrascón et al., 2006; Vilouta et al., 2006). Además, en la mayoría se llevaron a cabo las evaluaciones postparto contactando con las mujeres por teléfono o correo postal, salvo en 3 estudios (Carrascón et al., 2006; Machado et al., 1997; Martínez et al., 2001), que realizaron las evaluaciones cara a cara aprovechando las visitas de las mujeres a la matrona para las revisiones postparto (Carrascón et al., 2006), o bien en el domicilio (Machado et al., 1997; Martínez et al., 2001). El no realizar las evaluaciones de forma personal y en el momento preciso que se quiere evaluar puede conllevar un sesgo de recuerdo a la hora de informar acerca de la sintomatología depresiva.

Ninguna investigación en España ha aportado datos de prevalencia a los seis meses postparto y, con respecto a los doce meses, la prevalencia hallada por el único estudio que incluye una evaluación en este periodo fue del 4,4% (Escriba-Aguir y Artazcoz, 2011) utilizando un punto de corte ≥ 13. La prevalencia aportada en nuestro estudio (25,3%) es muy superior, si bien utilizamos un punto de corte tres puntos por debajo, lo cual podría contribuir a la diferencia encontrada entre ambos. Por otro lado, la metodología usada por dichos autores, al evaluar a las mujeres a través de cuestionarios enviados por correo postal, además del sesgo de recuerdo, puede dificultar la interpretación de las preguntas por parte de las mujeres que no disponen de feedback para aclarar las dudas que les puedan surgir y así cubrir los cuestionarios correctamente.

6. PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL POSTPARTO

El sexto objetivo de esta investigación consistió en evaluar la prevalencia de la depresión mayor en el postparto a los dos, seis y doce meses. En concreto, se partió de la hipótesis de que la prevalencia de depresión mayor oscilaría entre el 5,0% y el 10,0%. Los datos encontrados estarían por encima de los planteados en la hipótesis, pues se halló una prevalencia del 10,3% a los 2 meses, del 10,9% a los seis meses y del 14,8% a los doce meses postparto. Por tanto, el rango de prevalencia de depresión mayor en el postparto se situó entre el 10,3% y el 14,8%.

Si comparamos estos datos con los aportados por encuestas realizadas sobre la muestra general de mujeres tanto de Europa como de España, se observa que la prevalencia de depresión mayor en el postparto es superior a la informada en dichas encuestas. Tal es así que el informe Health at a Glance: Europe 2018 (OECD/EU, 2018), informa de una prevalencia de depresión en las mujeres del 8,8%, mientras que en en España, según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2017), la prevalencia de depresión es del 6,7%. Por tanto, en el presente estudio, la prevalencia de depresión postparto fue superior a la prevalencia de depresión en la población general de mujeres. No obstante, habría que tener en cuenta las limitaciones ya comentadas en cuanto a la metodología utilizada por dichas encuestas con respecto a la forma de obtener los datos de prevalencia. Principalmente, el hecho de que la información es recogida retrospectivamente a través de llamadas telefónicas o correo postal.

En la revisión efectuada, solamente se han hallado 4 estudios que hayan evaluado la depresión mayor con entrevista clínica, aportando una prevalencia que oscila entre el 11,5% y el 15,8% (Cantilino et al., 2010; Gupta et al., 2013; Lara et al., 2015; Marques et al., 2011). Un quinto estudio evaluó depresión combinada en Italia (Banti et al., 2011). Con respecto a la depresión mayor, y teniendo en cuenta los trabajos que han llevado a cabo las evaluaciones entre las 6 y 12 semanas postparto, el rango de prevalencia oscila entre el 11,5% de Marqués et al. (2010) en Portugal y el 15,8% de Gupta et al. (2013) en la India. Por tanto, la prevalencia de nuestro estudio (10,3%) se encontraría dentro del rango y aproximándose más a los datos hallados en Portugal. Lara et al. (2015) utiliza la SCID a las 6 semanas postparto obteniendo una prevalencia del 13,8%. Del mismo modo, es el único estudio que lleva a cabo

la evaluación de la depresión a los 6 meses postparto hallando una prevalencia del 13,3%, dato dos puntos superior al obtenido en la presente investigación (10,9%).

Por último, a los 12 meses postparto no se han hallado datos de prevalencia de depresión mayor. El único estudio que evalua a las mujeres en este momento es el de Banti et al. (2011) en Italia, si bien aporta datos de prevalencia de depresión combinada (1,8%). Este valor es muy inferior al encontrado en el presente estudio, tanto para la depresión combinada (15,5%) como para la depresión mayor (14,8%). Una posible explicación a esta diferencia pudiera ser el hecho de que en el estudio de Banti et al. (2011), no se administró la SCID a toda la muestra, sino solo a aquellas mujeres que previamente habían obtenido una puntuación ≥12 en la EPDS. Por tanto, podrían existir falsos negativos que no llegaron a ser evaluados con la SCID, infraestimando la prevalencia de depresión. Aunque los autores intentaron solventar este problema llevando a cabo entrevistas telefónicas a aquellas mujeres que puntuaron en la EPDS entre 10 y 12, la diferente metodología usada para llevar a cabo las entrevistas y el hecho de no ser realizadas de manera personal también podría estar influyendo en el diagnóstico.

En España, sólo 2 estudios (Ascaso et al., 2003; Garcia-Esteve et al., 2003) aportan datos de prevalencia hallados con la SCID, si bien los mismos se obtuvieron de una muestra con riesgo de depresión. De este modo la prevalencia de depresión mayor a los dos meses postparto osciló entre el 3,6% (Ascaso et al., 2003) y 11,1% (Garcia-Esteve et al., 2003). El valor hallado en nuestro estudio estaría dentro del rango encontrado por dichos autores.

Por tanto, con respecto a la prevalencia de depresión mayor en el postparto, los datos no son concluyentes pues los estudios son muy escasos.

Los aspectos señalados hasta el momento, corroboran la importancia de comparar los resultados de investigaciones que han utilizado metodologías similares, pues este hecho puede reducir discrepancias entre los distintos resultados, aun cuando existan diferencias culturales entre países. Esta limitación a la hora de establecer comparaciones se ha evidenciado principalmente en el uso de la EPDS por la multitud de diferentes puntos de corte y momentos de evaluación utilizados.

Como se ha visto, las tasas de prevalencia de depresión perinatal son altas, tanto en este como en los demás estudios que se han comentado. Sin embargo, se estima que solo el 50,0% de los casos son identificados en la práctica clínica (Yonkers y Chantilis, 1995), de los

cuales menos de un tercio reciben algún tipo de intervención (Oates et al., 2004). Por otro lado, casi un tercio de las madres diagnosticadas con un episodio de depresión mayor que reciben tratamiento, no llegan a alcanzar la remisión completa al año. Esto hace necesario perfeccionar las pautas de diagnóstico y tratamiento de la depresión durante el embarazo y el posparto (Garcia-Esteve, Navarro-García, Ascaso, Aguado y Torres, 2007).

7. VARIABLES ASOCIADAS A LA SOSPECHA DE DEPRESIÓN Y A LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL POSTPARTO

El séptimo objetivo de esta investigación fue identificar las variables asociadas tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor en el postparto. A continuación, se describen dichas relaciones en función de las variables estudiadas en el postparto (sociodemográficas, relacionadas con el embarazo, parto y postparto, relacionadas con la salud y variables psicológicas).

Variables sociodemográficas

Con respecto a la *edad*, en concreto, tener una edad igual o inferior a los 30 años no se halló asociación en ninguno de los momentos evaluados en el postparto, ni con la sospecha de depresión ni con la depresión mayor. Solamente tener una media de edad inferior fue asociada a la depresión mayor a los 6 meses postparto. En este sentido la literatura ofrece resultados contradictorios. Existen estudios que han hallado asociación teniendo en cuenta la edad media (Sahin y Memnun, 2018) o la edad como intervalo (ej., Al-Hinai y Al-Hinai, 2014; Kheirabadi et al., 2009; Lara et al., 2015; Woolhouse et al., 2015). No obstante, otros autores han encontrado que a mayor edad, mayor riesgo de depresión postparto (ej., Fan et al., 2020; Ogbo et al., 2018; Vilouta et al., 2006). A la vista de los resultados, la edad se ha asociado con la depresión, más en el embarazo que en el postparto. Al igual que se comentó en su momento, puede que variables culturales relacionadas con el rol de la mujer en la sociedad y concretamente en lo refererido a la maternidad, sean la causa de hallazgos tan dispares.

Por otro lado, tener un *menor nivel de estudios* se ha asociado con la sospecha de depresión a los 6 y 12 meses y con la presencia de depresión mayor a los 12 meses postparto.

Estos datos estarían en la línea de los hallados por estudios previos que también encontraron asociación en diferentes momentos del postparto (ej., Alfayumi et al., 2015; Connelly et al., 2013; Correa et al., 2016; Míguez, Fernández et al., 2017; Shwartz et al., 2019). El tener un *menor nivel de ingresos*, concretamente inferiores o iguales a los 1000 eros mensuales, también se asoció con la sospecha de depresión en todos los momentos postparto, mientras que con la depresión mayor la asociación se halló a los 12 meses. Esta es una variable asociada con frecuencia a la depresión postparto en otras investigaciones (ej., Banti et al., 2011; Benute et a., 2010; Bodecs et al., 2013; Dmitrovic et al., 2014; Lara et al., 2015). Giardinelli et al. (2012), no hallaron asociación entre la presencia de depresión en el postparto y tener un menor nivel educativo o un menor nivel de ingresos, si bien estos últimos son incluidos dentro de una categoría más general que llaman factores socio-económicos estresantes.

Por otro lado, el *no trabajar* se asoció con la presencia de sospecha de depresión a los 6 y 12 meses postparto, mientras que con la depresión mayor se halló asociación a los 12 meses postparto. Esta variable fue también predictora de la sospecha de depresión a los 6 meses. Cabe destacar que, a los dos meses postparto, esta variable no fue evaluada por considerarse que la mayoría de las mujeres deberían estar disfrutando de su baja por maternidad. En nuestra muestra el motivo que informaron las mujeres de no estar trabajando fue mayoritariamente el estar en situación de desempleo, frente a otras causas como estar en excedencia o ser ama de casa. Es importante considerar esta distinción, pues no es lo mismo no trabajar por decisión propia que por las dificultades de acceder a un puesto de trabajo tras ser madres. Dicha asociación entre estar desempleada y la presencia de depresión en el postparto también fue hallada en estudios previos (ej., Clavenna et al., 2017; Kheirabadi y Maracy 2010; Míguez, Fernández et al., 2107; Shwartz et al., 2019; Yusuff et al., 2015), si bien también se ha encontrado la relación inversa, pues, el estar trabajando se ha asociado con la presencia de depresión en un estudio llevado aa cabo en Irán (Taherifard et al., 2013). Una posible explicación de la asociación hallada en nuestro estudio, podría ser que las mujeres que no consiguen acceder a un puesto de trabajo después de la maternidad se sientan frustradas o impotentes por la imposibilidad de conciliar familia y trabajo, así como la evidente pérdida de ingresos económicos asociados a dicha situación. Por tanto, las tres variables mencionadas, como son el nivel educativo, el nivel de ingresos y la situación laboral, se relacionan estrechamente. Esto se debe a que es más probable que aquellas mujeres con un menor nivel

educativo opten a trabajos peor remunerados o encuentren más dificultades para acceder al mercado laboral, situación que se vería agravada tras la maternidad. Esto explicaría la asociación que en el presente estudio se halló entre la percepción por parte de las mujeres de que la *maternidad había influido negativamente en su situación laboral* y la sospecha de depresión a los 12 meses postparto. Autores como Dagher et al. (2009), afirman que la combinación de las exigencias laborales con un bajo poder de control sobre ellas puede tener efectos nocivos sobre la salud que podría favorecer la aparición de depresión. Esta variable, al igual que la situación laboral, solo fue evaluada en el postparto a los 6 y 12 meses.

A los 12 meses postparto se tuvo en cuenta si las mujeres habían percibido que la *maternidad influyó de manera negativa en la relación de pareja*, así como si habían iniciado trámites de *separación/divorcio desde el parto*, hallándose que ambas variables se asociaron tanto con la presencia de sospecha de depresión como de depresión mayor. Estos datos contrastan con el hecho de que en el presente estudio *no tener pareja al inicio del embarazo* no se asoció ni con la sospecha de depresión ni con la depresión mayor en ninguno de los momentos de evaluación, ni durante el embarazo ni en el postparto. Por tanto, la explicación a estos hallazgos podría ser que lo que se asocia no es tanto el hecho de tener, o no, pareja, si no con la calidad de la relación y cómo es percibida por la mujer, como satisfactoria o no satisfactoria. En este sentido, los datos serían congruentes con aquellos de estudios que han asociado con un mayor riesgo de depresión postparto el tener una relación de pareja insatisfactoria o conflictiva (ej., Alfayumi et a., 2015; Chi et al., 2016; Escribá-Aguir y Artazcoz, 2011; Giardinelli et al., 2012). El nacimiento de un bebé implica una carga adicional de trabajo y la relación entre la pareja a menudo sufre y se reduce (Escribá-Aguir y Artazcoz, 2011). Se ha visto que la implicación de la pareja provoca una reducción del estrés materno (Cohen et al., 2016), mientras que la percepción de falta de apoyo aumenta los niveles de estrés y ansiedad (Chi et al., 2016), variables que en el presente estudio se han asociado tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor. La importancia de esta variable se ve reflejada en el hecho de que también fue predictora de la sospecha de depresión a los 12 meses postparto.

Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto

Respecto a las *variables relacionadas con el embarazo,* ser *multípara* no se asoció ni con la sospecha de depresión ni con la depresión mayor en ningún momento del postparto. Llama la atención el hecho de que esta variable solo se haya asociado durante el embarazo y no así en el postparto, pues es el momento en el que se presupone que la carga asociada al cuidado de los hijos en las mujeres multíparas podría influir en el estado de ánimo más que durante el embarazo. Una posible explicación es que el estrés relacionado con la crianza de los hijos tiene más que ver con las expectativas que experimentan estas mujeres de poder hacer frente al cuidado del nuevo/a hijo/a (De Vargas et al., 2017) y que llegado el postparto tal vez sean mejores de lo que a priori se imaginaban. No obstante, los resultados hallados por otros estudios son contradictorios, pues los hay que han encontrado asociación tanto con ser multípara (ej., Gupta et al., 2013; Mathisen et al., 2013), como nulípara (ej., Deng et al., 2014; Kheirabadi et al., 2009). Por otro lado, el tener *abortos previos* tampoco se asoció en esta ocasión ni con la sospecha de depresión ni con la depresión mayor en ninguno de los momentos evaluados en el postparto, pues parece que tras haber conseguido ser madre, este antecedente no es tan relevante.

El *no haber planificado el embarazo* se asoció con la sospecha de depresión en todos los momentos evaluados en el postparto y con la depesión mayor a los 2 y 12 meses. Esta es una de las variables más estudiadas y que ha sido asociada a la depresión en numerosas investigaciones (ej., Abdollahi et al., 2014; Alasoom y Koura, 2014; Boratav et al., 2015; Fiala et al., 2017; Lara et al., 2015; Mercier et al., 2013; Weobong et al., 2014). El hecho de que en el postparto esta asociación sea más frecuente que en el embarazo puede deberse a que es el momento en el que las consecuencias de ese embarazo no deseado se hacen palpables, con un/a hijo/a a priori no deseado/a y todas las cargas y responsabilidades que dicha situación conlleva. Igualmente, el *haber tenido una reacción negativa* ante la confirmación del embarazo se asoció tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor en todos los momentos evaluados en el postparto, lo cual está en consonancia con el peso que sigue teniendo el haber sido algo no planificado, incluso a tan largo plazo en el postparto, como son los 12 meses. Así mismo, el haber tenido una reacción negativa es, en el presente estudio, una variable predictora de la sospecha de depresión a los 2 meses postparto.

No asistir a clases de *educación maternal* se asoció tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor en todos los momentos de evaluación postparto, salvo con esta última a los 6 meses. En este sentido, Moshki, Baloochi y Cheravi (2014) hallaron que realizar educación sanitaria en embarazadas puede ayudar a prevenir la depresión postparto. Por tanto, aquellas mujeres que no reciben dicha asistencia podrían tener mayor riesgo. Spiteri, Xuereb, Carrick-Sen, Kaner y Martin (2014) afirman que la transición a la maternidad es un acontecimiento vital estresante y difícil. La preparación inadecuada para el embarazo, el parto y la lactancia puede hacer que las madres se sientan ansiosas e indefensas y tengan menos (o ninguna) capacidad para hacer frente a todos los cambios y desafíos que trae consigo un hijo, lo que, en consecuencia, puede aumentar la probabilidad de que se produzcan trastornos depresivos en las madres (Spiteri et al., 2014).

Con respecto a la presencia de *complicaciones en el embarazo*, se halló asociación en todos los momentos del postparto con la sospecha de depresión, mientras que con la depresión mayor se encontró relación a los 2 meses postparto. En esta línea otros autores hallaron que tener complicaciones durante el embarazo (ej., Giri et al., 2015; Clavenna et al., 2017; El-Hachem et al., 2014; Mathisen et al., 2013) se asoció a la sospecha de depresión en diferentes momentos del postparto. Así mismo, con respecto a la presencia de *complicaciones en el parto* o derivadas del mismo se halló asociación con la sospecha de depresión a los 2 meses postparto y con la depresión mayor a los 2 y 6 meses. Otros autores hallaron que tener complicaciones en el parto o postparto (ej., Clavenna et al., 2017; El-Hachem et al., 2014; Gaillard et al., 2014; Mathisen et al., 2013) se asoció a la sospecha de depresión en diferentes momentos del postparto. Al igual que se comentó con respecto a la asociación con la depresión durante el embarazo, es importante tener en cuenta la percepción de lo que la mujer considera una complicación, la cual no coincide en muchos casos con lo que el profesional considera complicación. En relación con esto, se halló que el haber realizado el control del embarazo en la *consulta de alto riesgo obstétrico* se asoció con la sospecha de depresión y con la depresión mayor a los dos meses postparto, pero no en el resto de los momentos (variable solo analizada en relación al periodo postparto). En este sentido, Dmitrovic et al. (2013) también hallaron asociación ente tener un embarazo de riesgo y la sospecha de depresión a los 2 meses postparto. En este caso, existe una complicación o entidad médica que bajo criterio de los profesionales merece un seguimiento más exhaustivo que el habitual. A partir de los 2 meses postparto y superado el posible riesgo o complicación que motivó este

tipo de seguimiento, la asociación entre alto riesgo y depresión desaparece. Un ejemplo de ello es el hecho de tener un parto por cesárea. En concreto, en el presente estudio se halló que tener un *parto por cesárea* se asoció con la presencia de depresión mayor a los 2 meses postparto, comportándose también como variable predictora. No se halló asociación en ningún momento posterior y tampoco con la sospecha de depresión. Investigaciones previas también refieren esta relación (ej., Clavenna et al., 2017; Deng et al., 2014; El- Hachem et al., 2014; Koutra et al., 2014; Mathisen et al., 2013; Ogbo et al., 2018), al igual que Vilouta et al. (2006) en un estudio llevado a cabo con una muestra procedente de la misma área geográfica. No obstante, en el estudio de Míguez, Fernández et al. (2017) realizado con mujeres de la misma comunidad autónoma no se halló asociación entre tener un parto por cesárea y la sospecha de depresión postparto. Esta relación se puele explicar por la frustración de las mujeres de no poder concluir de forma natural su gestación (Vilouta et al., 2006). Por otra parte, en algunos casos la cesárea está asociada a una situación de emergencia en la que la mujer puede sentir una pérdida de control de la situación (Mathisen et al., 2013). No obstante, el tipo de parto está muy influenciado por cuestiones culturales y en las últimas décadas los partos por cesárea se han normalizado en muchos países, hasta el punto de que organizaciones como la OMS han advertido de los riesgos que esto supone. En concreto, la OMS (2015) recomienda que los partos por cesárea no deben superar el 15,0%. En España, en el año 2018 esta tasa fue del 28,0% (INE, 2018). Lo que en unos países tener un parto por cesárea supondría un evento adverso, en otros el evento adverso es tener un parto normal. En este sentido, Cantilino et al. (2010), en un estudio llevado a cabo en Brasil hallaron que tener un parto vaginal se asoció con mayor riesgo de depresión. Precisamente, estos autores explican que las mujeres en Brasil consideran un parto normal como una experiencia estresante, por considerarlos partos lentos, dolorosos y de larga duración. Así mismo, refieren que las mujeres en este tipo de partos no se sienten bien tratadas por el equipo profesional que las atiende y llegan a temer por la integridad del bebé. Añaden además que es posible que el actual modelo de salud brasileño no ofrezca una asistencia adecuada a las mujeres durante el parto y que esto las haga experimentar este momento como una situación de estrés, inseguridad y miedo.

En relación con lo anteriormente expuesto, en el presente estudio se ha hallado que tener *niveles más bajos de satisfacción* tanto con el proceso de embarazo y parto como con la atención recibida por los profesionales sanitarios en ambos procesos se asocia con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos. Autores como Correa et al.

(2016) hallaron esta asociación con respecto a la atención recibida en el embarazo. Así mismo otros trabajos han hallado relación con respecto a la atención recibida en el parto (Filha et al., 2016; Mohammad et al., 2011). La posible explicación de esta relación sería el malestar que provoca en las mujeres la falta de información y de apoyo durante el trabajo de parto, así como la falta de atención emocional. Los altos niveles de intervención obstérica y la experiencia de una atención inadecuada pueden agravar la sensación de miedo y pérdida de control de las mujeres sobre su proceso de parto, favoreciendo la aparición de sintomatología depresiva (Mohammad et al., 2011).

Con respecto al tipo de alimentación del/a recién nacido/a, el *no amamantar* o hacerlo durante menos tiempo se ha asociado tanto a la sospecha de depresión como a la presencia de depresión mayor. En concreto, no amamantar se asoció con la sospecha de depresión en todos los momentos postparto y con la depresión mayor a los 2 y 12 meses. El haber amamantado menos días se asoció con la sospecha de depresión a los 6 y 12 meses y con la depresion mayor a los 2 y 12 meses. Diversos estudios han hallado asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y la menor duración de la lactancia materna (ej., Bascom y Napolitano, 2016; Borra et al., 2015; Castro, Glover, Ehlert y O´Connor, 2017; Figueiredo et al., 2014; Mathisen et al., 2013; Pocan et al., 2013), si bien también existen estudios que no encontraron dicha relación (Annagur et al., 2013; Haga, Lisoy, Drozd, Valla y Slinning, 2018; Reifsnider, Flowers, Todd, Babendure y Moramarco, 2016). No se sabe con certeza cual es la dirección de la relación entre lactancia materna y depresión. Es decir, si el no amamantar es la causa del mayor riesgo de depresión o si la presencia de depresión es la que dificulta la práctica de lactancia materna. Por un lado, la lactancia materna protege a la madre de desarrollar una depresión postparto porque promueve procesos hormonales como la liberación de oxitocina y prolactina, dos hormonas que tienen un efecto antidepresivo y ansiolítico (Kim et al., 2014; Torner y Neumann, 2002). Además, atenúan los niveles de cortisol responsable del estrés (Groer y Davis, 2006) y ayuda a la regulación de los patrones de sueño y vigilia (Hunter, Rychnovsky y Yount, 2009), algo que se ha relacionado con una menor presencia de sintomatologia depresiva (Goyal, Gay y Lee, 2009; Heinrichs et al., 2001). También podría deberse al hecho de que la práctica de la lactancia materna favorece la formación del vínculo madre-hijo/a (Gibbs, Forste y Libbert, 2018), vínculo que se ve más deteriorado en las mujeres con síntomas depresivos postparto (Tieztz, Zietlow y Reck, 2014). Otros autores apuntan a que el cese de la lactancia produce una serie de alteraciones hormonales que

podrían exacerbar una sintomatología depresiva (Pocan et al., 2013). Así mismo, el no amamantar puede suponer el no cumplir con las expectativas prenatales (Sheela y Venkatesh, 2016). Por otro lado, la presencia de depresión en el postparto podría llevar a las mujeres a percibir las difcultades habituales asociadas a la lactancia materna como grandes obstáculos, lo que podría dar lugar al abandono de esta práctica (Dennis y McQueen, 2009). Cabe destacar que la prevalencia de lactancia materna en el presente estudio está por debajo de la media nacional. Según los datos aportados por la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2017), a las 6 semanas postparto el 73,9% de las mujeres dan el pecho, mientras que a los 6 meses solo lo hace el 39,0%. En esta investigación, la prevalencia de lactancia materna a las 6-8 semanas y a los 6 meses fue del 48,0% y del 29,9%, respectivamente. Así mismo, el no estar amamantando a los 2 meses postparto predijo tener sospecha de depresión a los 6 y 12 meses y depresión mayor a los 12.

Con respecto al peso de la madre, el haber *ganado mayor peso* en el embarazo se asoció con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos evaludados en el postparto. Por otro lado, el *haber retenido mayor peso* después del parto con respecto al peso previo al embarazo se ha relacionado con la sospecha de depresión a los 6 y 12 meses postparto y con la depresión mayor a los 12 meses. En este sentido, Ertel et al. (2017) hallaron una asociación prospectiva entre el rápido aumento de peso en el embarazo y la excesiva retención de peso en el postparto con la sospecha de depresión a los 6 meses postparto. Esto podría deberse a los efectos negativos en la percepción de la imagen corporal y la autoestima (Silveira et al., 2015), que favorecería el desarrollo de un estado de ánimo deprimido. En el presente estudio, la mayor ganancia de peso en el embarazo fue predictora de la depresión mayor a los 2 meses postparto. Por tanto, parece que lo que realmente afecta en este momento a las mujeres, no es tanto el peso de partida al inicio del embarazo, si no el peso que han ganado durante el mismo y el no ser capaces de perderlo.

Variables psicológicas

Con respecto a la presencia de *antecedentes*, se halló que el haber tenido un *trastorno psicológico* en el pasado, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos informados por el 79% de las mujeres, se asoció con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos de evaluación en el postparto, salvo a los 2 meses postparto con la depresión

mayor. Si se tienen en cuenta solamente a las mujeres con *antecedentes de depresión*, esta variable se asoció con la sospecha de depresión a los 6 meses postparto, mientras que con la depresión mayor se halló asociación a los 2 y 12 meses postparto. En concreto, tener antecedentes de trastornos psicológicos se asoció con la depresión postparto en numerosos estudios (ej., Alfayumi et al., 2015; Cantilino et al., 2010; Filha et al., 2016; Giardinelli et al., 2012; Lee et al., 2015; Maliszewska et al., 2017; Turkcapar et al., 2015; Verreault et al., 2014; Woolhouse et al., 2014), así como el tener antecedentes de depresión (ej., Alasoom y Koura, 2014; Boratav et al., 2015; De Castro et al., 2015; El-Hachem et al., 2014; Escribá-Aguir y Artazcoz, 2011; Fiala et al., 2017; Kheirabadi y Maracy, 2010; Marqués et al., 2011; Pop et al., 2015; Vaezi et al., 2019). Po otro lado, haber tenido depresión durante el embarazo actual también se asoció a la presencia de depresión postparto (Abdollahi et al., 2014; Dmitrovic et al., 2013; Gaillard et al., 2014; Koutra et al., 2014; Míguez, Fernández et al., 2017; Mohammad et al., 2011; Ogbo et al., 2018; Yussuf et al., 2015). Esto supone un factor de riesgo añadido, pues cabe recordar que estudios previos han hallado que el 50,0% (Kheirabadi y Maracy, 2010), el 63,6% (Míguez, Fernández et al., 2017) y el 34,9% (Verreault et al., 2014) de las mujeres con depresión postparto no eran casos nuevos, sino estados depresivos que se arrastran desde el embarazo.

Por otro lado, en el presente estudio se halló que en el caso de las multíparas el haber percibido un *empeoramiento del estado de ánimo en embarazos previos* se asoció con la sospecha de depresión en todos los momentos evaluados y con la depresión mayor a los 6 meses postparto. En esta misma línea, investigaciones previas (Afshari et al., 2019; Maliszewska et al., 2017) han hallado que el haber tenido depresión postparto en embarazos previos aumenta el riesgo de tener depresión postparto en los siguientes.

Así mismo, la percepción de un empeoramiento del estado de ánimo en los días posteriores al parto actual *(baby blues)* se asoció tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor en todos los momentos evaluados del postparto. Este hallazgo estaría en congruencia con los datos aportados por Henshaw (2003), que afirmó que las mujeres con baby blues pueden presentar una persistencia de los síntomas o aumento de la intensidad de los mismos y desarrollar una depresión clínica, sobre todo aquellas con antecedentes personales de trastornos afectivos. Cabe destacar que, en el presente estudio, el tener antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico fue predictor de la sospecha de depresión a los 6 meses postparto y de la depresión mayor a los 12 meses. Así mismo, el baby blues fue

predictor tanto de la sospecha de depresión como de la depresión mayor a los 2 meses postparto.

Con respecto al *síndrome premestrual/disfórico*, éste se asoció en todos los momentos del postparto con la sospecha de depresión y con la depresión mayor y fue predictor de la depresión mayor a los 2 meses. Igualmente, otros autores hallaron dicha asociación con la sospecha de depresión en diferentes momentos del postparto (Lee et al., 2015; Maliszewska et al., 2017; Sylven et al., 2013; Turkcapar et al., 2015), pues algunas mujeres tienen cierta vulnerabilidad a la depresión, en parte, debido a la elevada sensibilidad a las intensas fluctuaciones hormonales.

En el presente estudio, cabe destacar que el haber tenido *sospecha de depresión* en algún momento predijo el tenerla en momentos posteriores del seguimiento, en concreto, en todos los momentos evaluados del postparto. Así mismo, predijo la depresión mayor a los 6 y 12 meses. Por tanto, a la vista de los datos expuestos con respecto a los antecedentes, se aprecia que en estas mujeres existe una vulnerabilidad hacia la depresión. Así mismo, el hecho de que ya su presencia durante el embarazo y el postparto inmediato se asocie e incluso prediga la depresión postparto, justifica la necesidad de incluir la evaluación del estado emocional de las mujeres desde el inicio de la gestación y con múltiples seguimientos a lo largo del embarazo y postparto.

Con respecto a la *ansiedad*, se halló que la sospecha de depresión y la depresión mayor se relacionaron con la presencia de ansiedad rasgo y ansiedad estado clínicamente significativas, así como con mayores puntuaciones en sintomatología ansiosa, en todos los momentos evaluados en el postparto. Así mismo, la ansiedad rasgo fue predictora de la depresión mayor a los 2 meses, mientras que la ansiedad estado lo fue a los 6 meses para la sospecha de depresión y a los 6 y 12 meses para la depresión mayor. La ansiedad es una variable cada vez más estudiada junto con la depresión por la frecuente comorbilidad de ambos trastornos, si bien la depresión postparto muchos estudios la analizan en función de la presencia de ansiedad en el embarazo, encontrando asociación ente ambas (ej., Abdollahi et al., 2014; Clavenna et al., 2017; Giardinelli et al., 2012; Koutra et al., 2014; Míguez, Fernández et al., 2017).

En cuanto al *estrés percibido*, nuestros datos señalan que una elevada percepción de estrés se asocia con la sospecha de depresión y con la depresión mayor en todos los momentos

evaluados en el postparto, siendo además predictora en todos ellos. Cabe destacar que el estrés asociado a la depresión postparto incluido en los estudios es una variable muy heterogénea. Mientras que la mayoría analizan el estrés en función de la presencia de eventos vitales estresantes, principalmente durante el embarazo o en los meses previos al mismo (ej., Alasoom y Koura, 2016; Alfayumi et al., 2015; Escribá-Aguir et al., 2011; Fiala et al., 2017), otros hablan de estrés en el embarazo (Mohammad et al., 2011), estrés percibido durante el embarazo (Giri et al., 2015;) o estrés crónico (Shwartz et a., 2018). Incluso los eventos vitales estresantes pueden incluir entidades tan dispares como la presencia de baby blues o la percepción de tener un/a niño/a que llora excesivamente (Gonidakis et al., 2018). Si bien es cierto que, independientemente de la forma de evaluarlo, el estrés es frecuentemente comórbido con la depresión y un factor de riesgo importante para el desarrollo de la depresión postparto (Norhayati et al.,2015).

En relación con el *apoyo social* se halló que la sospecha de depresión y la depresión mayor se asocian con una menor percepción de apoyo en todos los momentos evaluados en el postparto. Así mismo, fue una variable predictora de la sospecha de depresión en todos los momentos. En la misma línea, estudios previos hallaron que la baja percepción de apoyo tanto en el embarazo (Boratav et al., 2015; Taherifard et al., 2013; Verreault et al., 2014; Xie et al., 2009) como en el postparto (Alfayumi et al., 2015; Kim et al, 2014; Mohammad et al., 2011; Pocan et al., 2013; Serhan et al., 2012; Shwartz et a., 2019; Vaezi et al., 2019; Xie et al., 2009), se asoció con mayor presencia de depresión postparto. No obstante, la baja de percepción de apoyo social en el postparto predice mejor la depresión que la baja percepción de apoyo social antenatal (Xie et al., 2009), algo que también ha sido hallado en el presente estudio, si bien durante el embarazo la percepción de apoyo social solo se evaluó en el tercer trimestre. Por otro lado, cabe destacar el importante papel que tiene la percepción de las mujeres de falta de apoyo por parte de su pareja en el riesgo de desarrollar una depresión postparto y que cada vez es más documentada en los diferentes estudios (ej., Alasoom et al., 2016; Alfayumi et al., 2015; Boratav et al., 2015; Ogbo et al., 2018). Este hecho estaría muy relacionado con la percepción de que la maternidad influyó negativamente en la relación de pareja o el haber iniciado trámites de separación y/o divorcio, variables que resultaron estar asociadas tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor.

Al igual que ocurría en el embarazo, todas las variables psicológicas analizadas en el postparto (salvo los antecedentes psicológicos y/o de depresión en un momento puntual), se

relacionan tanto con la sospecha de depresión como con la depresión mayor en la totalidad de los momentos de evaluación. Además, las variables psicológicas predicen en mayor medida ambas entidades de depresión que otras variables de tipo sociodemográfico u obstétricas, incluso las de momentos de evaluación muy tempranos. Por ello es crucial tenerlas en cuenta tanto en los controles habituales de seguimiento del embarazo como a lo largo del postparto. Hasta la fecha, las escasas investigaciones realizadas en España no han tenido en cuenta otros factores psicológicos distintos a la depresión (Carrascón et al., 2006; Garcia-esteve e al., 2003; González-Messa et al., 2018; Perales et al., 2015; Rodríguez-Muñoz, Castelao-Legazpi et al., 2017; Sebastián - Romero et al., 1999; Vilouta etal., 2006), o solo han evaluado junto con la depresión, la ansiedad (Míguez, Fernández et al., 2017), el apoyo social (Escribá-Aguir et al., 2011) o características de personalidad (Marín-Morales et al., 2014). Nuestros datos, sin embargo, destacan la importancia de evaluar conjuntamente dichos factores, pues han sacado a la luz la frecuente comorbilidad de la depresión con todos ellos, especialmente con la ansiedad y el estrés.

8. TRAYECTORIA DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO

El último objetivo de esta investigación fue analizar la trayectoria tanto de la sospecha de depresión como de la depresión mayor durante el embarazo y el postparto. La hipótesis que se planteó fue que la prevalencia sería mayor en el primer y tercer trimestre de gestación, así como a los dos meses postparto; y sería menor en el segundo trimestre y a partir de los 6 meses postparto.

Cabe destacar que los datos aportados por el presente estudio solo confirman la hipótesis planteada con respecto al embarazo, pues en el postparto, la trayectoria difiere. Durante el embarazo, tal y como se afirmó en las hipóteis, la evolución tanto de la sospecha de depresión como de la depesión mayor siguió el mismo patrón. En ambos casos, el porcentaje fue mayor en el primer trimestre, descendiendo en el segundo y ascendiendo de nuevo en el tercero, pero sin llegar a los valores del primer trimestre. Una posible explicación de esta trayectoria de la depresión durante el embarazo podría desprenderse de que, tal y como afirman Rallis et al. (2014), el inicio del embarazo puede ser un momento de fuerte

vulnerabilidad psicológica, ya que intervienen múltiples factores como los hormonales, el ajuste físico, psicológico y emocional a la nueva sitación de embarazo, los cuales pueden incrementar la vulnerabilidad para el desarrollo de síntomatología depresiva. Por otro lado, el tercer trimestre sería otro momento crítico por implicar también grandes cambios físicos y emocionales de cara al nacimiento que se acerca.

Si comparamos nuestros hallazgos con los de los estudios que han evaluado la presencia de sintomatología depresiva en los tres trimestres de embarazo, los datos son dispares. El mismo patrón se repite en el estudio llevado a cabo por Yu et al. (2017) en China, Yanikkerem et al. (2013) en Turquía y Rallis et al. (2014) en Australia. Sin embargo, en el estudio de Weng et al. (2016) llevado a cabo en China, aunque los dos momentos de mayor prevalencia de sintomatología depresiva fueron también el primer y tercer trimestre, este último prevaleció sobre el primero.

Por otro lado, la prevalencia hallada por Park et al. (2015) en Corea sigue un patrón ascendente desde el primer al tercer trimestre y Ajinkya et al. (2013) halló que el segundo trimestre es el de mayor prevalencia de sintomatología depresiva, mientras que el tercero sería el que tendría los valores más bajos.

Con respecto a la trayectoria de la depresión mayor, solamente podemos comparar nuestros datos con los aportados por el estudio de Banti et al. (2011) en Italia, pues es el único que realiza un seguimiento longitudinal en los tres trimestres de gestación, si bien evalua depresión combinada. La trayectoria sigue un patrón descendente desde el primer trimestre, en el cual los valores son más elevados, hasta el tercero donde se da el menor porcentaje de depresión combinada de todo el embarazo.

Las diferencias entre nuestra trayectoria y las halladas por estas investigaciones pueden ser debidas a una gran variedad de factores, incluyendo además de las diferencias culturales, aspectos como la calidad de la atención prenatal recibida, los niveles de satisfaccion con la atención recibida, el tipo de profesionales que llevan a cabo dicha atención (matronas y/o obstetras), las condiciones sanitarias, así como el tipo de sanidad (pública/privada) de cada país y las posibilidades de acceso a la misma.

Respecto a España, no se puede establecer una comparativa, pues no hay estudios que hayan evaluado de forma longitudinal a las mujeres. Por tanto, aunque los estudios son

escasos para extraer conclusiones, el primer y el tercer trimestre parecen ser los de mayor prevalencia.

En el periodo postparto, nuestros datos difieren de la hipótesis planteada, no solo con respecto a la evolución, sino a que la presencia de depresión evaluada con EPDS y SCID no siguen trayectorias paralelas, tal y como ocurría en el embarazo. Concretamente, la trayectoria de la depresión evaluada con ambos instrumentos sigue el mismo patrón hasta los dos meses postparto. A partir de este momento, la prevalencia de sospecha de depresión desciende mientras que la depresión mayor sigue una línea ascendendente.

Si comparamos nuestros datos con otros estudios que hayan hecho varias evaluaciones en el postparto utilizando la EPDS (ej., Borra et al., 2015; Canario, y Figueiredo, 2017; Woolhouse et al., 2015), y aunque no utilizan momentos de evaluación similares, la conclusión que se extrae de los mismos es que las mayores tasas de prevalencia o las puntuaciones medias más elevadas se hallaron en los momentos más alejados del parto y, por tanto, estarían en consonancia con nuestra trayectoria. Concretamaente, a los 18-21 meses postparto (Woolhouse et al., 2015) y a los 24 meses (Borra et al., 2015) los datos de prevalencia fueron superiores a los de cualquier momento anterior del postparto. En cambio, con la SCID el patrón encontrado en el único estudio que ha realizado un seguimiento longitudinal de la muestra (Banti et al., 2011) indica que el momento de mayor prevalencia de depresión es el primer mes postparto para después decrecer paulatinamente hasta los 12 meses. En este momento se produce un ligero ascenso, pero sin llegar a los valores iniciales del postparto.

Puesto que este es el primer estudio longitudinal que se realiza en España, no existen datos en nuestro país con los que poder contrastar nuestros hallazgos.

El postparto inmediato supone otro momento de alta vulnerabilidad psicológica, ya que implica la adaptación de la mujer a su nuevo rol de madre, con todos los cambios que ello implica y justificaría la trayectoria hallada con la EPDS en nuestro estudio, constituyendo este momento el de mayor prevalencia de sospecha de depresión de todo el periodo perinatal evaluado. Sin embargo, si bien en el postparto tardío se presupone que la mujer ya está adaptada a su nuevo rol y a las obligaciones que de él se desprenden, lo cierto es que los datos aportados por este estudio con respecto a la trayectoria de la depesión mayor no corroboran dicha hipótesis. Como posible explicación, algunos autores aludieron a las dificultades en las

relaciones y el cambio de rol en las mismas, las dificultades económicas y el aumento de los eventos estresantes (Woolhouse et al., 2015), así como el no amamantar, por el efecto protector que dicha práctica tiene frente al desarrollo de depresión (Borra et al., 2015). No obstante, aunque ambos autores (Borra et al., 2015; Woolhouse et al., 2015) encontraron la misma trayectoria de depresión que en el presente estudio, ésta fue hallada utilizando la EPDS.

Por tanto, aunque el postparto inmediato supone la adaptación al nuevo rol de madre, debe considerarse como un proceso mucho más largo en el que la mujer debe estar constantemente adaptándose a nuevos roles, asumiendo y sumando nuevas responsabilidades conforme pasan los meses, tanto las relacionadas consigo misma (ej., incorporación a la vida laboral, tareas domésticas), como las que tienen que ver con el cuidado de los hijos y las relaciones con el entorno más cercano. Queda demostrado que el periodo de vulnerabilidad no desaparece a partir de los dos meses postparto, sino que constantemente aparecen nuevos periodos críticos que pueden suponer un desgaste físico, pero sobretodo psicológico, importante en la vida de las mujeres. Este hecho confronta con la idea tradicional de que la depresión postparto era un trastorno exclusivo de las primeras semanas postparto. Dicha idea se sigue reflejando en la metodología llevada a cabo por la mayoría de los estudios, en los cuales se establecen las 6-8 semanas postparto como límite temporal del seguimiento de las mujeres. Además, en los criterios del DSM-V para el diagnóstico de la depresión mayor, el marco temporal para el diagnóstico que sigue imperando son las 4 semanas postparto. Esta situación, no ayuda ni a clínicos ni a investigadores, sobre todo a aquellos no familiarizados con la salud mental perinatal, y la depresión perinatal en particular, pues dificulta el poder llevar a cabo diagnósticos correctos, utilizar metologías adecuadas en los estudios y, por tanto, reconocer y ofrecer a las mujeres la ayuda que necesitan.

9. PREVALENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN CONTÍNUA

La prevalencia de sospecha de depresión contínua en el embarazo fue del 8,4%, en el postparto del 15,7% y en todo el periodo perinatal fue del 4,6%. Con respecto a la depresión mayor, la prevalencia contínua en el embarazo fue del 2,7%, en el postparto del 5,0% y en

todo el periodo perinatal del 1,1%. Cabe destacar que no se han encontrado datos publicados de prevalencia contínua de depresión, pues para ello es necesaria la realización de estudios longitudinales y a largo plazo que lleven a cabo evaluaciones en diferentes momentos del periodo perinatal, los cuales tienen una presencia anecdótica en la literatura. Si bien no es posible comparar nuestros resultados con otros estudios, es necesario tener en consideración el hecho de que existen mujeres que durante casi 2 años de su vida presentan una elevada sintomatología depresiva y/o sospecha de depresión, así como depresión mayor.

La comparación entre las mujeres que se mantienen sin sospecha de depresión y aquellas que la presentan a lo largo de todo el periodo perinatal evaluado (embarazo y postparto), permitió identificar ciertas características que las diferencian. Con respecto a las variables sociodemográficas, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que sólo tienen estudios primarios o secundarios (69,2% vs. 4,8%), que tienen ingresos mensuales ≤1000 euros (76,2% vs. 45,8%), que están en situación de desempleo al inicio del embarazo (42,3% vs. 21,3%) y que percibieron que el embarazo les había influido negativamente a nivel laboral en el primer trimestre (53,8% vs. 13,6%), en el segundo (65,4% vs. 19,9%), y en el tercero (57,7% vs. 35,3%). Así mismo, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas que percibieron una influencia negativa de la maternidad en la relación de pareja (65,4% vs. 15,7%) y que habían iniciado los trámites de separación/divorcio desde el parto (15,4% vs. 0,7%).

Si tenemos en cuenta las variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, las mujeres con sospecha de depresión tuvieron en mayor porcentaje un embarazo no planeado (19,2% vs. 7,7%), una reacción negativa ante la confirmación del embarazo (23,1% vs. 2,1%), presentaron más complicaciones durante el embarazo (50,0% vs. 18,5%), no asistieron a clases de educación maternal (57,7% vs. 29,7%), tuvieron a su hijo enfermo y/o hospitalizado (30,8 vs. 14,7) y no estaban amamantando a sus hijos ni a los 2 meses postparto (69,2% vs. 41,3%), ni a los 6 (84,6% vs. 61,9%), ni a los 12 (100,0% vs. 79,7%). En relación con este último dato, cabe destacar que de todas las mujeres que continuaban amamantando a los 12 meses postparto ninguna tenía sospecha de depresión. Esto confirmaría la hipótesis de que amamantar tiene un efecto protector frente a la depresión (Kim et al., 2014; Torner y Neumann, 2002), incluso a largo plazo. Por otro lado, las mujeres con sospecha de depresión en todo el periodo perinatal estuvieron menos satisfechas tanto con su proceso de embarazo y parto como con la atención recibida por los profesionlaes en ambos periodos. Respecto a las

variables psicológicas, son mujeres que presentan puntuaciones medias más altas a lo largo de todo el periodo perinatal en todas las varibles analizadas (ansiedad estado, ansiedad rasgo y estrés) y presentan menores puntuaciones en apoyo social. En resumen, podría decirse que son mujeres con un entorno laboral, económico y familiar desfavorables, que sienten que el embarazo y la maternidad interfirieron negativamente en su trabajo y en su relación de pareja, viven el embarazo y el parto de forma más negativa, perciben haber tenido más complicaciones, no acuden a las clases de educación maternal y, por tanto, no reciben información y educación sanitaria basada en la evidencia y no amamantan a sus hijos. Así mismo, son mujeres que perciben un menor apoyo por parte de su entorno.

10. LIMITACIONES, FORTALEZAS E IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL ESTUDIO

La interpretación de los resultados obtenidos en la presente investigación ha de realizarse teniendo en consideración ciertas limitaciones. Puesto que no se dispone de medidas basales de las variables previas al embarazo, respecto a las variables psicológicas, no se puede saber si existen cambios en el embarazo y postparto con respecto a su condición habitual. Además, el reducido tamaño de algunas submuestras, especialmente el de las mujeres con depresión mayor contínua, así como la ausencia o bajo número de casos en algunas variables, no permitió llevar a cabo algunos de los análisis o bien pudo influir a la hora de no encontrar diferencias significativas entre los grupos. Por otro lado, se trata de un estudio realizado con una población de mujeres pertenecientes exclusivamente a la provincia de Ourense, por tanto, es necesario ser cautelosos a la hora de generalizar los resultados. Se hace necesario disponer de datos de otras comunidades utilizando la misma metodología, que permitan conocer las diferencias y similitudes entre regiones.

Por lo que respecta a las fortalezas del estudio, éstas son principalmente metodológicas. En primer lugar, se llevó a cabo la validación de la EPDS como herramienta de cribado de la depresión durante el embarazo, que hasta el momento no estaba disponible en España. Esto permitió disponer de un punto de corte validado y específico para llevar a cabo la determinación de la prevalencia de la probable depresión en el embarazo.

En segundo lugar, se trata de un estudio longitudinal, el primero en España, lo que permite no solo identificar las asociaciones existentes entre las variables, sino también las variables predictoras del estatus de depresión. Además, se recogieron los datos de manera prospectiva e individual mediante la administración de los cuestionarios cara a cara en todos los momentos de evaluación, con el objetivo de minimiar el sesgo de recuerdo. Esto, a su vez, supuso una baja mortandad muestral.

Así mismo, señalar que se trata del único estudio en el cual, durante el embarazo y el postparto, se analizan conjuntamente las prevalencias y las variables asociadas tanto a la sintomatología depresiva evaluada con un instrumento de cribado como la EPDS, como a la depresión mayor evaluada con una entrevista clínica como la SCID, lo cual nos aporta una visión más completa del tema. Esto nos ha permitido analizar si en función del instrumento utilizado para evaluar la depresión, las varibales asociadas eran distintas. Los resultados hallados nos confirman que no hay diferencias reseñables, pues las variables asociadas tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor son las mismas, con fluctuaciones a lo largo del periodo perinatal. Quiere esto decir que no se han hallado variables que se asocien de manera específica solo a la sospecha de depresión o solo a la depresión mayor. Esta peculiaridad refuerza el hecho de que la EPDS es un instrumento válido para detectar mujeres en riesgo de tener depresión clínica y, por tanto, facilita el poder implementarla de forma rutinaria en el periodo perinatal, pues el integrar una entrevista clínica es inviable tanto por sus costes como por su aceptabilidad por parte de las mujeres.

Respecto a las implicaciones clínicas, este estudio nos ha permitido conocer cuáles son las variables que se relacionan con la presencia de depresión en los diferentes momentos. Si bien algunas de estas variables son inalterables, tales como las sociodemográficas, otras son potencialmente modificables, como es el caso de las psicológicas, de forma que incidir sobre ellas de manera temprana podría llevarnos a reducir la prevalencia y las consecuencias adversas de la depresión. Así mismo, nos permite conocer qué variables habría que evaluar de forma rutinaria con el fin de poder ofrecer la ayuda necesaria en cada momento, poder predecir qué mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar una depresión en el periodo perinatal, así como desarrollar intervenciones específicas. Este hecho permitiría un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios ya disponibles como, por ejemplo, la importancia de reforzar la asistencia a clases de educación maternal, así como la promoción de la lactancia materna. Con todo ello, se reducirían los costes dedicados a la atención de las complicaciones

derivadas de la depresión. Si se interviene en los momentos precisos, se podrán prevenir problemas futuros.

Por último, la evaluación universal de la depresión perinatal es posible gracias a la existencia de instrumentos como la EPDS. Su principal ventaja reside en su libre disponibilidad, facilidad de administración, brevedad y aceptabilidad general por parte de las mujeres y los profesionales. Esto la convierte en una herramienta útil en el campo de la salud mental perinatal (Gibson et al., 2009). La EPDS permite la detección temprana de la sintomatología depresiva durante el embarazo y, de tratarse, se podría evitar que se prolongara al postparto, lo cual contribuiría a mejorar el cuidado de la etapa perinatal y evitar las consecuencias de la depresión. La detección de sintomatología depresiva es crucial, pues aun no siendo en algunos casos suficiente para establecer un diagnóstico clínico de depresión mayor, su presencia conlleva un elevado grado de malestar en las mujeres que puede hacer necesaria la ayuda de un profesional (Rodriguez-Muñoz et al., 2019), permitiendo la implementación de tratamientos de acuerdo con el nivel de depresión detectado. La visita a la consulta de la matrona y/o del ginecólogo/a en el embarazo, así como a la de la matrona y/o enfermera y pediatra en el postparto, ya sea en el centro de atención primaria o en el hospital, brinda una excelente oportunidad para detectar a las mujeres en riesgo de desarrollar depresión.

En los últimos años, organismos como el American College of Obstetricians and Gynecology (American College of Obstetrician and Gynecologist, 2018), el U.S. Preventive Services Task Force (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom, y Burda, 2016) y las directrices NICE en el Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence., 2018), han recomendado el cribado de la depresión perinatal en los servicios de atención primaria utilizando herramientas estandarizadas y validadas, como la EPDS y el PHQ-9. En países como EE.UU., Suecia, Malta, Australia y Escocia, la EPDS es la herramienta central de los programas nacionales de cribado de la depresión perinatal (Cox, 2019). Sin embargo, en España todavía tenemos pendiente el alcanzar esta situación. Además, a diferencia de lo que ocurre en otros países como Inglaterra, Australia y Escocia, que cuentan con guías internacionalmente reconocidas por ser referentes en salud mental perinatal, en España tampoco disponemos de estos recursos. Por tanto, una de las cuestiones de futuro a conseguir sería poder contar con una guía nacional de práctica clínica que marcase unos estándares de mínimo cumplimiento en la atención a la salud mental perinatal. A nivel local, otra de las

implicaciones que pone sobre la mesa esta investigación, sería el poder protocolizar en el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) el cribado de la depresión en los controles rutinarios del embarazo, así como en el postparto, al igual que existe, por ejemplo, en Cataluña. A la vista de los resultados hallados en el presente estudio, es necesario incluir en las guías de atención al embarazo, parto y puerperio del SERGAS un capítulo específico de cribado y atención a la salud mental perinatal. Hasta ahora, estas guías solo tienen en cuenta aspectos físicos y el cribado de enfermedades "físicas". Los datos de prevalencia aportados en este estudio demuestran que la depresión es tanto o más prevalente que otras entidades médicas como la diabetes y la hipertensión gestacional, la obesidad mórbida, la preeclampsia y el retraso de crecimiento, entre otros. Sin embargo, a estas condiciones sí se le presta especial atención siendo criterio de seguimiento en las consultas de alto riesgo obstétrico por las complicaciones potenciales que pueden acarrear tanto para la madre como para el bebé en desarrollo. Se ha visto que la depresión tiene consecuencias también de considerable relevancia para ambos y, sin embargo, no se tiene en cuenta su cribado ni su detección para poder evitarlas. Concretamente, el bajo peso al nacer de los hijos de madres con depresión hallado en este estudio, es una de las complicaciones más documentadas y que mayor morbimortalidad conlleva para el recién nacido.

Otra implicación importante, es considerar en la elaboración de dichas guías el periodo postparto. Al igual que existen protocolos universalmente aceptados de seguimiento del embarazo, así como del recién nacido con un calendario de visitas estipulado y "casi" de obligado cumplimiento durante los primeros años de su vida, esto debería existir también para las madres después del parto. La realidad es que tras el nacimiento las madres "no existen", ni física ni emocionalmente. Aprovechar estas visitas rutinarias al pediatra para establecer un calendario paralelo de seguimiento a largo plazo para las puérperas por parte de su matrona o en su defecto, de su enfermera, sería una estrategia sencilla, de bajo coste y de fácil adhesión. Además, aportaría grandes beneficios tanto para la salud de la madre como para la de su hijo, además de los costes económicos ahorrados en tratar las posibles complicaciones de una depresión no diagnosticada, así como de otros trastornos mentales (y también físicos) que normalmente pasan desapercibidos.

No hay que olvidar que independientemente de la puesta en marcha de todas las iniciativas descritas, el otro gran vacío en la salud mental perinatal es la falta de formación de los profesionales implicados directamente en la asistencia a las mujeres en este periodo. Cabe

destacar que programas formativos como el de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona) o el de médico especialista en obstetricia y ginecología, no incluyan entre sus asignaturas y/o objetivos formativos la salud mental perinatal. Es evidente la falta de profesionales de la psicología en la sanidad pública, pero además, el resto de profesionales sanitarios que habitualemte deberían detectar problemas de salud mental en general y, en este caso, de salud mental perinatal, no tienen los conocimientos, ni las habilidades, ni, por lo tanto, son sensibles a la existencia de estos problemas.

Por lo tanto, en vista de los resultados hallados en este estudio y de todo lo comentado en líneas previas, sería recomendable que todas las mujeres embarazadas sean evaluadas con un instrumento de cribado validado como la EPDS, como parte de la atención rutinaria durante el embarazo y, como mínimo, hasta un año después del parto. Aquellas que obtengan una puntuación superior al punto de corte establecido en dos evaluaciones consecutivas separadas por al menos 15 días, debieran ser remitidas a los servicios de salud mental para una evaluación diagnóstica y tratamiento si fuera necesario. Solamente así estaríamos en disposición de poder mejorar el estado emocional de las mujeres, embarazadas y madres y, por tanto, de mejorar la salud de la sociedad en general.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

V. CONCLUSIONES

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los datos aportados en la validación de la EPDS indican que se trata de una escala adecuada para detectar sintomatología depresiva o sospecha de depresión durante el embarazo. Los puntos de corte específicos de la EPDS propuestos para la depresión combinada fueron ≥ 9 para el primer trimestre del embarazo y ≥ 10 para el segundo y tercer trimestre, respectivamente. Asímismo, se estableció un punto de corte ≥ 10 para el embarazo en general.

2. La prevalencia de sospecha de depresión encontrada en el embarazo fue del 23,0% en el primer trimestre, del 17,1% en el segundo y del 20,9% en el tercero. En el postparto, la prevalencia a los dos meses fue del 30,3%, a los 6 meses del 26,0% y a los 12 meses del 25,3%.

3. La prevalencia de depresión mayor en el embarazo en el primer trimestre fue del 5,2%, en el segundo del 3,9% y, en el tercero, del 4,6%. En el postparto, la prevalencia a los dos meses fue del 10,3%, a los 6 meses del 10,9% y a los 12 meses del 14,8%.

4. La prevalencia de sospecha de depresión contínua fue del 8,4% en el embarazo, 15,7% en el postparto y 4,6% en todo el periodo perinatal. Con respecto a la depresión mayor contínua, su prevalencia fue del 2,7% en el embarazo, 5,0% en el postparto y 1,1% en todo el período perinatal.

5. En cuanto a las variables asociadas, tanto a la sospecha de depresión como a la depresión mayor (Tabla 114), no se hallaron diferencias reseñables entre ambas entidades. Es decir, no hay variables que se asocien de manera específica a una u otra condición de depresión. En concreto, cabe destacar que las variables psicológicas (ansiedad, estrés y percepción de bajo apoyo social) se han asociado con la sospecha de depresión y la depresión mayor en los 6 momentos evaluados. Con respecto a las variables sociodemográficas, se ha encontrado relación con tener una menor edad, menor nivel de estudios y de ingresos económicos, no trabajar y percibir que el embarazo y/o la maternidad influyeron negativamente en la situación laboral y en la

relación de pareja, así como haberse separado/divorciado en los primeros 12 meses tras el parto. En cuanto a las variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto, se halló asociación con no haber planificado el embarazo, la reacción negativa ante la confirmación del mismo, el no asistir a clases de educación maternal, la presencia de complicaciones durante el embarazo y/o postparto, no amamantar y tener un bajo nivel de satisfacción con la experiencia del embarazo y el parto, así como con la atención recibida por los profesionales.

6. Las variables predictoras (Tabla 114) tanto de sospecha de depresión como de depresión mayor fueron principalmente psicológicas. Concretamente, la mayor percepción de estrés lo fue en todos los momentos. Así mismo, el haber tenido sospecha de depresión y depresión mayor en evaluaciones previas, así como tener ansiedad estado elevada y baja percepción de apoyo social también fueron predictoras en gran parte de los momentos. Del resto de variables, cabe destacar la lactancia materna, pues el no amamantar ha sido una de las principales predictoras tanto de la sospecha de depresión como de la depresión mayor en el postparto.

7. Respecto a la trayectoria de la depresión durante el embarazo y el postparto, cabe destacar que la prevalencia de sospecha de depresión y de depresión mayor es más elevada en el postparto que en el embarazo. Concretamente, los 2 meses postparto fue el momento de mayor presencia de sospecha de depresión (30,3%), mientras que para la depresión mayor lo fue a los 12 meses postparto (14,8%).

Por tanto, de los principales resultados hallados en la presente investigación podemos concluir que la sospecha de depresión y la depresión mayor son entidades muy prevalentes en el periodo perinatal, que lejos de remitir con el paso del tiempo, se mantienen muy elevadas al año postparto. Así mismo, destaca la comorbilidad en todos los momentos evaluados con la ansiedad y el estrés percibido. Ambas circunstancias avalan la importancia y la necesidad de integrar la atención a la salud mental perinatal como parte de los protocolos habituales de seguimiento del embarazo, así como en el postparto. Esto implicaría llevar a cabo múltiples evaluaciones a lo largo de este periodo para detectar a las mujeres en riesgo de presentar depresión, para lo cual la EPDS ha demostrado ser una herramienta útil, además de accesible, rápida y fácil de administrar por cualquier profesional de la salud.

Tabla 114. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el embarazo y postparto.

		SOSPECHA DE DEPRESIÓN						DEPRESIÓN MAYOR					
		Embarazo/ Trimestre			Postparto/ Mes			Embarazo/ Trimestre			Postparto/ Mes		
ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	1º	2º	3º	2	6	12	1º	2º	3º	2	6	12
Variables sociodemográficas	- Edad ≤ 30	V	V	X	X	X	X	X	V*	V*	X	X	X
	- Menor media de edad	V	V	V	X	X	X	X	V	V	X	V	X
	- No tener pareja	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Menor nivel de estudios	V	V*	V	X	V	V	V	V	V	X	X	V
	- No trabajar	V	X	X	-	V*	V	X	V	V	-	X	V
	- Influencia embarazo laboralmente	V	V	V	-	-	-	V	V	X	-	-	-
	- Influencia maternidad laboralmente	-	-	-	-	X	V	-	-	-	-	X	X
	- Menor nivel de ingresos	V*	V	X	V	V	V	X	V	X	X	X	V
	- Influencia negativa de maternidad en relación de pareja	-	-	-	-	-	V*	-	-	-	-	-	V
	- Separación/divorcio	-	-	-	-	-	V	-	-	-	-	-	V
Variables relacionadas con el embarazo, parto y postparto	- Multípara	V	V	X	X	X	X	V*	X	X	X	X	X
	- Tener abortos previos	V*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- No planificación del embarazo	X	V	X	V	V	V	X	V	X	V	X	V
	- Recurrir a tratamiento de fertilidad	V	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Reacción negativa al confirmar embarazo	V	V	V	V*	V	V	V	X	V	V	V	V
	- Complicaciones en el embarazo	X	X	X	V	V	V	X	V	V*	V	X	X
	- Seguimiento en consulta de alto riesgo	-	-	-	V	X	X	-	-	-	V	X	X
	- No asistir a clases de educación maternal	-	-	V	V	V	V	-	-	V	V	X	V
	- Tener un parto por cesárea	-	-	-	X	X	X	-	-	-	V*	X	X
	- Complicación en el parto	-	-	-	V	X	X	-	-	-	V	V	X
	- Peso del/a recién nacido/a ≤ 3000 gramos	-	-	X	V	-	-	-	-	V	X	-	-
	- Menor peso medio del/a recién nacido/a	-	-	X	V	-	-	-	-	X	X	-	-
	- Hijo/a con enfermedad/hospitalizado/a	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	X	V
	- No lactancia materna	-	-	-	V	V*	V*	-	-	-	V	X	V*
	- Menos días de lactancia materna	-	-	-	X	V	V	-	-	-	V	X	V
	- Menor satisfacción embarazo	-	-	-	V	V	V	-	-	-	V	V	V
	- Menor satisfacción profesionales embarazo	-	-	-	V	V	V	-	-	-	V	V	V
	- Menor satisfacción parto	-	-	-	V	V	V	-	-	-	V	V	V
	- Menor satisfacción profesionales parto	-	-	-	V	V	V	-	-	-	V	V	V

Tabla 114. Variables estudiadas en relación con la sospecha de depresión y la depresión mayor en el embarazo y postparto (Cont.).

		SOSPECHA DE DEPRESIÓN						DEPRESIÓN MAYOR					
		Embarazo/ Trimestre			Postparto/ Mes			Embarazo/ Trimestre			Postparto/ Mes		
ÁREAS EVALUADAS	VARIABLES	1º	2º	3º	2	6	12	1º	2º	3º	2	6	12
Variables relacionadas con la salud	- Consumir café/té durante la semana	X	X	X	-	-	-	V	X	X	-	-	-
	- Consumir café/té durante el fin de semana	X	X	X	-	-	-	V	X	X	-	-	-
	- Consumir alcohol durante la semana	X	X	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-
	- Consumir alcohol durante el fin de semana	X	X	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-
	- Fumar	X	X	X	-	-	-	X	X	V	-	-	-
	- Tener sobrepeso al inicio del embarazo	X	V	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Mayor peso ganado en el embarazo	-	-	-	V	V	V	-	-	-	V*	V	V
	- Mayor peso respecto a antes del embarazo	-	-	-	-	V	V	-	-	-	-	X	V
Variables psicológicas	- Antecedentes de trastorno psicológico/psiquiátrico	V	V	V	V	V*	V	V*	V*	V*	X	V	V*
	- Antecedentes de depresión	V	V	V	X	V	X	V	V	V	V	X	V
	- Empeoramiento estado de ánimo en embarazo previo	V	V	V	V	V	V	V	V	V	X	V	X
	- Sospecha de depresión	-	V*	V*	V*	V*	V*	-	V	V*	V	V*	V*
	- Depresión mayor	-	V*	V*	V	V	V	-	V	V	V	V*	V
	- Baby blues	-	-	-	V*	V	V	-	-	-	V*	V	V
	- Ansiedad rasgo elevada	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V*	V	V
	- Ansiedad estado elevada	V*	V*	V*	V	V*	V	V	V	V	V	V*	V*
	- Síndrome premenstrual/disfórico	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V*	V	V
	- Apoyo social bajo			V	V*	V*	V*			V	V	V	V
	- Puntuaciones medias en:												
	- Ansiedad rasgo	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	- Ansiedad estado	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	- Estrés percibido	V*	V*	V*	V*	V*	V*	V*	V*	V*	V*	V*	V*
	- Síndrome premenstrual/disfórico	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
	- Apoyo Social	-	-	V	V	V	V	-	-	V	V	V	V

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

Abdollahi, F., Sazlina, S. G., Zain, A. M., Zarghami, M., Asghari Jafarabadi, M., y Lye, M. S. (2014). Postpartum depression and psycho-socio-demographic predictors. *Asia-Pacific Psychiatry : Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, *6*(4), 425–434. https://doi.org/10.1111/appy.12152

Abdollahi, F., Zarghami, M., Azhar, M. Z., Sazlina, S. G., y Lye, M. S. (2014). Predictors and incidence of post-partum depression: a longitudinal cohort study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *40*(12), 2191–2200. https://doi.org/10.1111/jog.12471

Abdollahi, F., Etemadinezhad, S., y Lye, M. S. (2016). Postpartum mental health in relation to sociocultural practices. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, *55*(1), 76–80. https://doi.org/10.1016/j.tjog.2015.12.008

Abujilban, S. K., Abuidhail, J., Al-Modallal, H., Hamaideh, S., y Mosemli, O. (2014). Predictors of antenatal depression among jordanian pregnant women in their third trimester. *Health Care for Women International*, *35*(2), 200–215. https://doi.org/10.1080/07399332.2013.817411

Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *193*(4), 1522-1525. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.085

Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M., y Okeniyi, J. A. O. (2008). Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. *Journal of Affective Disorders*, *108*(1–2), 191–193. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.09.013

Adewuya, A. O., Ola, B. A., Dada, A. O. y Fasoto, O. (2006). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 267-272. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/01674820600915478

Afshari, P., Tadayon, M., Abedi, P., y Yazdizadeh, S. (2019). Prevalence and related factors of postpartum depression among reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Health Care for Women International*, 41(3), 245-265 https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1578779

Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. C. y Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, *8*(2), 89-95. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0077-9

Ajinkya, S., Jadhav, P. R. y Srivastava, N. N. (2013). Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Industrial Psychiatry Journal*, *22*(1), 37-40. https://doi.org/10.4103/0972-6748.123615

Alasoom, L. I., y Koura, M. R. (2014). Predictors of postpartum depression in the eastern province capital of saudi arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *3*(2), 146–150. https://doi.org/10.4103/2249-4863.137654

Al-Azri, M., Al-Lawati, I., Al-Kamyani, R., Al-Kiyumi, M., Al-Rawahi, A., Davidson, R. y Al-Maniri, A. (2016). Prevalence and risk factors of antenatal depression among Omani women in a primary care setting cross-sectional study. *Clinical and Basic Research*, *16*(1), 35-41. https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.01.007

Alcorn, K.L., O'Donovan, A., Patrick, J.C., Creedy, D., y Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–59. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

Alder, J., Fink, N., Urech, C., Hösli, I., y Bitzer, J. (2011). Identification of antenatal depression in obstetric care. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *284*(6), 1403-1409. http://dx.doi.org/10.1007/s00404-011-1872-3

Alderdice, F., Lynn, F., y Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *33*(2), 62-67. https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.673040

Alfayumi-Zeadna, S., Kaufman-Shriqui, V., Zeadna, A., Lauden, A., y Shoham-Vardi, I. (2015). The association between sociodemographic characteristics and postpartum depression symptoms among Arab-Bedouin women in Southern Israel. *Depression and Anxiety*, *32*(2), 120–128. https://doi.org/10.1002/da.22290

Al-Halabí, S., Mayoral, M., Corcoran, P., Brodsky, B., y Stanley, B. (2019). Suicidio durante el embarazo y el postparto. En M. Rodriguez-Muñoz (Eds.), *Psicología perinatal: teoría y práctica* (pp. 25-54). Madrid: Ediciones Pirámide.

Al-Hejji, Z., Al-Khudhair, M., Al-Musaileem, M., y Al-Eithan, M. (2019). Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among women attending antenatal clinics in primary health care centers in the Ministry of Health in Al-Ahsa City, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *8*(12), 3900. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_724_19

Al-Hinai, F.I., y Al Hinai, S.S. (2014). Prospective study on prevalence and risk factors of postpartum depression in Al-dakhliya governorate in Oman. *Oman Medical Journal*, *29*(3), 198–202. https://doi.org/10.5001/omj.2014.49

Alipour, Z., Lamyian, M. y Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *25*(3), 37-43. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., … Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*(420), 21-27. https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

Aloysi, A., Van Dyk, K. y Sano, M. (2006). Women's cognitive and affective health and neuropsychiatry. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 73*(7), 967-975.

Alton, M.E., Zeng, Y., Tough, S.C., Mandhane, P.J., y Kozyrskyj, A.L. (2016). Postpartum depression, a direct and mediating risk factor for preschool wheeze in girls. *Pediatric Pulmonology, 51*(4), 349–357. https://doi.org/10.1002/ppul.23308

Alvarado, R., Jadresic, E., Guajardo, V. y Rojas, G. (2015). First validation of a Spanish-translated version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for use in pregnant women. A Chilean study. *Archives of Women's Mental Health, 18*(4), 607-612. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0466-z

Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., y Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology, 104*(3), 467-476 http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9

American College of Obstetrician and Gynecologist (2018). Screening for perinatal depression. *Obstetrics and Gynecology, 132*(5), 208–211. https://doi.org/ 10.1097/AOG.0000000000002927

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association. (Trad. Cast: Barcelona, Masson, 1998).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 4th ed., revised text*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (Trad. Cast: Barcelona, Masson, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association. (Trad. Cast: CIBERSAM, Editorial Médica Panamericana, 2014).

Amiel-Castro, R. T., Pataky, E. A., y Ehlert, U. (2019). Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression: A systematic literature review. *Biological Psychology, 147, 107612https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.10.014*

Annagur, A., Annagur, B.B., Sahin, A., Ors, R., y Kara, F. (2013). Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeeding Medicine, 8*(1), 53–57. https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0036

Andréen, L., Nyberg, S., Turkmen, S., van Wingen, G., Fernández, G. y Bäckström, T. (2009). Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABAA modulators. *Psychoneuroendocrinology*, *34*(8), 1121-1132. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.02.003

Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H., y Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, durin g pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30–35. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1192/bjp.169.1.30

Ascaso, C.T., Garcia - Esteve, L., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J. y Tarragona, M.J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*, *120*(9), 326-329. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73692-6

Ashley, J.M., Harper, B.D., Arms-Chavez, C.J. y LoBello, S.G. (2016). Estimated prevalence of antenatal depression in the US population. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(2), 395-400. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0593-1

Atashi, V., Kohan, S., Salehi, Z. y Salehi, K. (2018). Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: a panel study protocol. *Reproductive Health*, *15*(1), 176. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0620-6

Avan, B., Richter, L.M., Ramchandani, P.G., Norris, S.A., y Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood*, *95*(9), 690–5. https://doi.org/10.1136/adc.2009.164848

Azevedo, M.H.P., Valente, J., Macedo, A., Dourado, A., Coelho, I., Pato, M., y Pato, C. (1993). Versão Portuguesa da "Entrevista Diagnóstica para Estudos Genéticos". *Psiquiatria Clínica 14*, 213–217.

Bagner, D.M., Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M., y Seeley, J.R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: A sensitive period? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(7), 699–707. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.03.012

Bakare, M.O., Okoye, J.O., y Obindo, J.T. (2014). Introducing depression and developmental screenings into the national programme on immunization (NPI) in southeast Nigeria: an experimental cross-sectional assessment. *General Hospital Psychiatry*, *36*(1), 105–12. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.09.005

Balbierz, A., Bodnar-Deren, S., Wang, J.J., y Howell, E. A. (2015). Maternal Depressive Symptoms and Parenting Practices 3-Months Postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, *19*(6), 1212–1219. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1625-6

Bansil, P., Kuklina, E. V., Meikle, S. F., Posner, S. F., Kourtis, A. P., Ellington, S. R., y Jamieson, D. J. (2010). Maternal and fetal outcomes among women with depression. *Journal of Women's Health, 19*(2), 329-334. http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1387

Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., … Cassano, 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*(4), 343-351. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2010.08.003

Bao, M.P., Vega, J.M. y Saona, P., (2010). Prevalencia de depresión durante la gestación. *Revista de Neuropsiquiatría, 73*, (3), 95-103. https://doi.org/10.20453/rnp.v73i3.1710

Bascom, E. M. E., y Napolitano, M. A. (2016). Breastfeeding duration and primary reasons for breastfeeding cessation among women with postpartum depressive symptoms. *Journal of Human Lactation, 32*(2), 282–291. https://doi.org/10.1177/0890334415619908

Bauer, A., Knapp, M., y Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders, 192*, 83–90. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.005

Becht, M.C., Erp, C.F. Van, Teeuwisse, T.M., Van Heck, G.L., Son, M.J. Van y Pop, V. J. (2001). Measuring depression in women around menopausal age towards a validation of the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, *63*, 209-213. http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00189-5

Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory. Second Edition Manual (BDI-II).* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. . T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004

Beck, C. T. (1996). A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research, 45*(5), 297-303. https://doi.org/10.1097/00006199-199609000-00008

Beck, C.T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing Research*, *53*(4), 216–24. doi: 10.1097/00006199-200407000-00004.

Beck, C. T., Bernal, H., y Froman, R. D. (2003). Methods to document semantic equivalence of a translated scale. *Research in Nursing & Health, 26*(1), 64–73. https://doi.org/10.1002/nur.10066

Beck, C.T. y Gable, R.K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research, 49*(5), 272-282. http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200009000-00006

Beck, C.T. y Gable, R.K. (2001). Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nursing Research, 50*(3), 155-164. http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200105000-00005

Beck, C.T. y Gable, R.K. (2003). Postpartum depression screening scale: Spanish version. *Nursing Research, 52*(5), 296-306. http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200309000-00004

Beeber, L. S. (1999). Testing an explanatory model of the development of depressive symptoms in young women during a life transition. *Journal of American College Health, 47*(5), 227–234. https://doi.org/10.1080/07448489909595652

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria, 18*(4), 153-163.

Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G. y Einarson, T.R. (2004a). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics and Gynecology, 103*(4), 698-709. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f

Benute, G.R.G., Nomura, R.M.Y., Reis, J.S., Fraguas Junior, R., Lucia, M. C. S. y Zugaib, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics, 65*(11), 1127-1131. http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322010001100013

Bergink, V., Kooistra, L., Lambregtse-van den Berg, M.P., Wijnen, H., Bunevicius, R., van Baar, A. y Pop, V. (2011). Validation of the Edinburgh Depression Scale during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research, 70*(4), 385-389. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.07.008

Blackmore, E.R., Rubinow, D.R., O'Connor, T.G., Liu, X., Tang, W., Craddock, N., y Jones, I. (2013). Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disorders, 15*(4), 394–404. https://doi.org/10.1111/bdi.12071

Bödecs, T., Szilagyi, E., Cholnoky, P., Sándor, J., Gonda, X., Rihmer, Z. y Horváth, B. (2013). Prevalence and psychosocial background of anxiety and depression emerging during the first trimester of pregnancy: Data from a Hungarian population-based sample. *Psychiatria Danubina, 25*(4), 352-358.

Bones, K.B., Pérez,K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema, 3,* 389-395.

Boorman, R.J., Devilly, G.J., Gamble, J., Creedy, D.K., y Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, *30*(2), 255–61. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001

Boratav, H., Toker, O., y Kuey, L. (2015). Postpartum depression and its psychosocial correlates: A longitudinal study among a group of women in Turkey. *Women & Health*, 1–20. https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1101737

Borra, C., Iacovou, M., y Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and Child Health Journal*, *19*(4), 897–907. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1591-z

Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy. *Journal of Family Issues*, *26*(5), 619-637. https://doi.org/10.1177/0192513X04272756

Bouchard, G., Boudreau, J. y Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues, 27*(11), 1512-1531. https://doi.org/10.1177/0192513X06290855

Bowen, A., y Muhajarine, N. (2006). Antenatal depression. *The Canadian Nurse*, 102(9), 26-30.

Brett, M., y Baxendale, S. (2001). Motherhood and memory: a review. *Psychoneuroendocrinology*, 26 (4), 339–362. doi: 10.1016/s0306-4530(01)00003-8.

Brittain, K., Myer, L., Koen, N., Koopowitz, S., Donald, K. A., Barnett, W., … Stein, D. J. (2015). Risk factors for antenatal depression and associations with infant birth outcomes: results from a South African birth cohort study. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(6), 505- 514. https://doi.org/10.1111/ppe.12216

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*, 709-723. DOI: 10.1097/00005650-198807000-00006

Brockington, I. F. (1996). *Infanticide: Motherhood and mental health*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, *363*(9405), 303–310. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15390-1

Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A. F. y Keelan, C. (1981). Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, *38*(7), 829-833. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780320109013

Brodey, B. B., Goodman, S. H., Baldasaro, R. E., Brooks-Deweese, A., Wilson, M. E., Brodey, I. S. B. y Doyle, N. M. (2016). Development of the Perinatal Depression Inventory (PDI)-14 using item response theory: a comparison of the BDI-II, EPDS, PDI, and PHQ-9. *Archives of Women's Mental Health*, *19*, 307-316. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0553-9

Bruno, A., Laganà, A. S., Leonardi, V., Greco, D., Merlino, M., Vitale, S. G., … Muscatello, M. R. A. (2018). Inside-out: the role of anger experience and expression in the development of postpartum mood disorders. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *31*(22), 3033–3038. https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1362554

Buist, A., Gotman, N., y Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 277–83. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003

Bunevicius, A., Kusminskas, L. y Bunevicius, R. (2009). Validation of the Lithuanian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Medicina Kaunas, 45*(7), 544-548. http://dx.doi.org/10.3390/medicina45070072

Bunevicius, A., Kusminskas, L., Pop, V. J., Pedersen, C. A., y Bunevicius, R. (2009). Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *30*(4), 238–243. https://doi.org/10.3109/01674820903230708

Burgut, F.T., Bener, A., Ghuloum, S., y Sheikh, J. (2013). A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *34*(2), 90–97. https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.786036

Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. I*nternational Review of Psychiatry*, *15*(3), 243-255. http://dx.doi.org/10.1080/0954026031000136866

Burns, E. R., Farr, S. L., y Howards, P. P. (2015). Stressful life events experienced by women in the year before their infants' births - united states, 2000–2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *64*(9), 247–251.

Buss, C., Davis, E. P., Shahbaba, B., Pruessner, J. C., Head, K. y Sandman, C. A. (2012). Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(20). E1312-1319. https://doi.org/10.1073/pnas.1201295109

Buttner, M. M., Mott, S. L., Pearlstein, T., Stuart, S., Zlotnick, C., y O'Hara, M. W. (2013). Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Archives of Women's Mental Health, 16*(3), 219-225. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0323-x

Cameron, R. P., Grabill, C. M., Hobfoll, S. E., Crowther, J. H., Ritter, C., y Lavin, J. (1996). Weight, self-esteem, ethnicity, and depressive symptomatology during pregnancy among inner-city women. *Health Psychology, 15*(4), 293–297. https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.4.293

Campbell, J. y Murray-Thomas, T. (2015). All cause mortality and suicide rate among women diagnosed with mental illnesses in pregnancy or in the postpartum period (up to 1 year after the end of pregnancy). *Clinical Practice Research, 173*(6), *635-642.*

Canário, C., y Figueiredo, B. (2017). Anxiety and depressive symptoms in women and men from early pregnancy to 30 months postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 35*(5), 431–449. https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1368464

Cankorur, V.S., Abas, M., Berksun, O., y Stewart, R. (2015). Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in turkey: A cohort study. *BMJ Open, 5*(4), e006456. http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006456

Cantilino, A., Fonseca Zambaldi, C., Lucena César De Albuquerque, T., Paes, J.A., Carla, A., … Sougey, E.B. (2010). Postpartum depression in Recife-Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 59 (1), 1-9. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100001

Carrascón, A., García, S., Ceña, B., Fornés, M. y Fuentelsaz, C. (2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. *Matronas Profesión*, *7*(4), 5-11.

Carter, A. S., Baker, C. W., y Brownell, K. D. (2000). Body mass index, eating attitudes, and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and the postpartum period. *Psychosomatic Medicine, 62*(2), 264–270. https://doi.org/10.1097/00006842-200003000-00019

Castaño-López, E., Plazaola-Castaño, J., Bolívar-Muñoz, J., y Ruiz-Pérez, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista Española de Salud Pública, 80,* 705–716.

Castro, R .T. A., Glover, V., Ehlert, U., y O´Connor, T. G. (2017). Antenatal psichological and socioeconomic predictors of breastfeeding in a large community sample. *Early Human Development,* 110, 50-56. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2017.04.010.

Castro e Couto, T., Cardoso, M.N., Martins Brancaglion, M.Y., Faria, G., Duarte-Garcia, F., Nicolato, R., … Corrêa, H. (2016). Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *Journal of Affective Disorders, 192*, 70-75. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.017

Catalao, R., Howard, L., Jones, I., McDonald, L. (2014). Perinatal Mental Health, en: Mullins, E., Murphy, O., (Eds.), Annual Report of the Chief Medical Officer. The Health of the 51%: Women. Department of Health, London, pp. 77-94

Cazzaniga, J., y Suso, A. (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma.* Madrid: Confederación salud mental España.

Centre for maternal and child enquiries (2011). Saving mother´s lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The eight report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 118(1), 1-203. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02847.x.

Chandra, P. S., Bhargavaraman, R. P., Raghunandan, V. N. G. P. y Shaligram, D. (2006). Delusions related to infant and their association with mother–infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 285-288. https://doi.org/10.1007/s00737-006-0147-7

Chen, J., Cross, W. M., Plummer, V., Lam, L., Sun, M., Qin, C., y Tang, S. (2019). The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(19–20), 3599–3609. https://doi.org/10.1111/jocn.14955

Chi, X., Zhang, P., Wu, H., y Wang, J. (2016). Screening for postpartum depression and associated factors among women in China: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, *7*, 1–8. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01668

Choi, W.S., Patten, C.A., Christian, G.J., Kaplan, R.M., Ph.D., y Pierce, J. (1997). Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among U.S. Adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, *19*(1), 42–50, https://doi.org/10.1007/BF02883426

Chung, E. K., McCollum, K. F., Elo, I. T., Lee, H. J., y Culhane, J. F. (2004). Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*, *113*(6), 523-529. http://dx.doi.org/10.1542/peds.113.6.e523

Civic, D., y Holt, V.L. (2000). Maternal depressive symptoms and child behavior problems in a nationally representative normal birthweight sample. *Maternal and Child Health Journal*, *4*(4), 215-221.

Clavenna, A., Seletti, E., Cartabia, M., Didoni, A., Fortinguerra, F., Sciascia, T., … Bonati, M. (2017). Postnatal depression screening in a paediatric primary care setting in Italy. *BMC Psychiatry*, 17 (1), 42-69. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1205-6

Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Vidaver, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C. H., … FASTER Consortium. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, *105*(5), 983-990. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51

CMACH (2001). *Why mothers die: fifth report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 1997–1999.* London: RCOG press.

CMACH (2004). *Why mothers die: sixth report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom, 2000–2002*. London: RCOG Press.

Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. J*ournal of Health and Social Behaviour, 24*, 385-396. http://dx.doi.org/10.2307/2136404

Cohen, L.S., Altshuler, L.L., Harlow, B.L., Nonacs, R., Newport, D.J., Viguera, A.C., . . . Stowe, Z.N. (2006). Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA, 295*(5), 499-507. http://dx.doi.org/10.1001/jama.295.5.499

Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A.C., Lemon, E. L., y Freeman, M.P. (2010). Treatment of Mood Disorders During Pregnancy and Postpartum. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(2), 273–293. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.02.001

Cohen, K., Capponi, S., Nyamukapa, M., Baxter, J., Crawford, A., y Worly, B. (2016). Partner involvement during pregnancy and maternal health behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, *20*, 2291–2298. https://doi.org/10.1007/s10995-016-2048-3

Comisión de las comunidades europeas (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental.* Bruselas: Comisión de las comunidades europeas.

Confederación Salud Mental España. (2018). *La perspectiva de género en la salud mental*. Recuperado de https://consaludmental.org/sala-prensa/perspectiva-genero-salud-mental-espana/

Connelly, C. D., Hazen, A. L., Baker-Ericzen, M. J., Landsverk, J., y Horwitz, S. M. (2013). Is screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. *Journal of Women's Health*, 22(10), 844-852. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4121

Corrêa, H., Castro e Couto, T., Santos, W., Romano-Silva, M. A., y Santos, L.M.P. (2016). Postpartum depression symptoms among Amazonian and Northeast Brazilian women. *Journal of Affective Disorders*, *204*, 214–218. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.026

Correa-Fernández, V., Ji, L., Castro, Y., Heppner, W. L., Vidrine, J. I., Costello, T. J., … Wetter, D. W. (2012). Mediators of the association of major depressive syndrome and anxiety syndrome with postpartum smoking relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 636–648. https://doi.org/10.1037/a0027532

Correia, L. L., y Linhares, M. B. M. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Associacao Medica Brasileira. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400024

Corsí, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Recuperado de: http://www.berdingune.euskadi.net/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujeresomoproblemasocial.pdf

Corwin, E. J., Kohen, R., Jarrett, M., y Stafford, B. (2010). The heritability of postpartum depression. *Biological Research for Nursing*, *12*(1), 73-83. https://doi.org/10.1177/1099800410362112

Cowley-Malcolm, E.T., Fairbairn-Dunlop, T.P., Paterson, J., Gao, W., y Williams, M. (2009). Child discipline and nurturing practices among a cohort of Pacific mothers living in New Zealand. *Pacific Health Dialog*, *15*(1), 36–45.

Cox, J. (1996). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders*, *39*(3), 185-189. https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00008-0

Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry*, *214*, 127–129. https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245

Cox, J., Holden, J. M. y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782

Cox, J., Murray, D. y Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, *163*, 27-31. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.163.1.27

Coyne, J. C., Thompson, R. y Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology, 16*(1), 26-37. http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.16.1.26

Creedy, D.K., Shochet, I.M., y Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth, 27*(2), 104–11. doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x.

Cunningham, S. D., Mokshagundam, S., Chai, H., Lewis, J. B., Levine, J., Tobin, J. N., y Ickovics, J. R. (2018). Postpartum depressive symptoms: gestational weight gain as a risk factor for adolescents who are overweight or obese. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *63*(2), 178–184. https://doi.org/10.1111/jmwh.12686

Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., y Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(2), 95–102. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0108-6

Dagher, R. K., McGovern, P. M., Alexander, B. H., Dowd, B. E., Ukestad, L. K., y McCaffrey, D. J. (2009). The psychosocial work environment and maternal postpartum depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16*(4), 339–346. https://doi.org/10.1007/s12529-008-9014-4

Dagklis, T., Papazisis, G., Tsakiridis, I., Chouliara, F., Mamopoulos, A. y Rousso, D. (2016). Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51*, 1025-1031. doi: 10.1007/s00127-016-1230-7.

Darcy, J.M., Grzywacz, J.G., Stephens, R.L., Leng, I., Clinch, C.R., y Arcury, T.A. (2011). Maternal Depressive Symptomatology: 16-Month Follow-up of Infant and Maternal Health-Related Quality of Life. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(3), 249–257. https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100201

Davis, E.P., Glynn, L.M., Schetter, C.D., Hobel, C., Chicz-Demet, A. y Sandman, C.A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(6), 737-746. http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e318047b775

De Castro, F., Place, J.M., Billings, D.L., Rivera, L., y Frongillo, E.A. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(3), 463–471. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0472-1

De Vargas, C., Coll, N., Da Silveira, M., Garcia-Bassani, D., Netsi, E., César Wehrmeister, F., … Stein, A. (2017). Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a

Southern Brazilian population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *209*, 140-146. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031

De Weerth, C., y Buitelaar, J. K. (2005). Physiological stress reactivity in human pregnancy - A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 295-312. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.005

De Wilde, K. S., Trommelmans, L. C., Laevens, H. H., Maes, L. R., Temmerman, M., y Boudrez, H. L. (2013). Smoking patterns, depression, and sociodemographic variables among flemish women during pregnancy and the postpartum period. *Nursing Research, 62*(6), 394–404. https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182a59d96

Deng, A. W., Xiong, R. B., Jiang, T. T., Luo, Y. P., y Chen, W. Z. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, 7*(3), 244–249. https://doi.org/10.1016/S1995-7645(14)60030-4

Dennis, C.L., Kobra, F.H., y Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*, 315–323. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179

Dennis, C.L., y McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica, 96*(4), 590–594. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x

Dennis, C.L., y McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics, 123*(4), e736-e751. doi: 10.1542/peds.2008-1629.

Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. y Gonzalez-Quintero, V. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development, 85*(1), 65-70. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002

Diego, M. A., Jones, N. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. y Gonzalez-Garcia, A. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic Medicine, 68*(5), 747-753. http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b

Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, *63*(4), 679-686. http://dx.doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021

Dmitrovic, B.K., Dugalic, M.G., Balkoski, G.N., Dmitrovic, A., y Soldatovic, I. (2014). Frequency of perinatal depression in Serbia and associated risk factors. *The International Journal of Social Psychiatry*, *60*(6), 528–532. https://doi.org/10.1177/0020764013511067

Dipietro, J. A., Costigan, K. A., y Sipsma, H. L. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *29*(2), 115–124. https://doi.org/10.1080/01674820701701546

Do, T. K. L., Nguyen, T.T.H., y Pham, T.T.H. (2018). Postpartum depression and risk factors among vietnamese women. *BioMed Research International*, *2018*, 1–5. https://doi.org/10.1155/2018/4028913

Dolbier, C.L., Rush, T.E., Sahadeo, L.S., Shaffer, M.L., Thorp, J., y Investigators, C.C. H. N. (2013). Relationships of race and socioeconomic status to postpartum depressive symptoms in rural African American and non-Hispanic white women. *Maternal and Child Health Journal*, *17*(7), 1277–1287. https://doi.org/10.1007/s10995-012-1123-7

Drozdowicz-Jastrzębska, E., Skalski, M., Gdańska, P., Mach, A., Januszko, P., Nowak, R. J., … Radziwoń-Zaleska, M. (2017). Insomnia, postpartum depression and estradiol in women after delivery. *Metabolic Brain Disease*, *32*(6), 1913–1918. https://doi.org/10.1007/s11011-017-0079-0

Dugalic, M.G. (2013). Frequency of perinatal depression in serbia and associated risk factors. *Women's Health Care*, *2*(2), 1-4. https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000122

Dunkel-Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review of Psychology*, *62*(1), 531–558. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727

Dunkel-Schetter, C., y Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(2), 141-148. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680

Dunn, S., Davies, B., McCleary, L., Edwards, N., y Gaboury, I. (2006). The Relationship Between Vulnerability Factors and Breastfeeding Outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *35*(1), 87–97. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00005.x

Eastwood, J., Ogbo, F. A., Hendry, A., Noble, J. y Page, A. (2017). The impact of antenatal depression on perinatal outcomes in australian women. *Plos One*, *12*(1), e0169907-e0169907. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169907

Edwards, B., Galletly, C., Semmler-Booth, T., y Dekker, G. (2008). Does antenatal screening for psychosocial risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in adelaide, south australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 51-55. http://dx.doi.org/10.1080/00048670701739629

El-Hachem, C., Rohayem, J., Bou Khalil, R., Richa, S., Kesrouani, A., Gemayel, R., … Attieh, E. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry*, *14*, 242–247. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0242-7

Emory, E.K. y Dieter, J.N.I. (2006). Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*(1), 287-291. https://doi.org/10.1196/annals.1376.036

Endicott, J. y Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *35*(7), 837-844. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770310043002

Ertel, K. A., Kleinman, K., Huang, T., Rifas-Shiman, S. L., Oken, E., Rich-Edwards, J., … James-Todd, T. (2017). Perinatal weight and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Annals of Epidemiology*, *27*(11), 695-700. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.10.007

Escriba-Aguir, V., y Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: A longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *65*(4), 320-326. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.085894

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. y Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, *323*(7307), 257-260. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.323.7307.257

Executive Agency for Health and Consumers (2011). *The gender perspective on mental health*. Recuperado de: http://www.es-wmh.org/

Ezzeddin, N., Jahanihashemi, H., Zavoshy, R., y Noroozi, M. (2018). The prevalence of postpartum depression and its association with food insecurity among mothers referring to community health centers. *Iranian Journal of Psychiatry*, *13*(4), 280–287.

Fadzil, A., Balakrishnan, K., Razali, R., Sidi, H., Malapan, T., Japaraj, R. P., … Manaf, M. R. A. (2013). Risk factors for depression and anxiety among pregnant women in Hospital Tuanku Bainun, Ipoh, Malaysia. *Asia-Pacific Psychiatry*, *5(1)*, 7-13. https://doi.org/10.1111/appy.12036

Faisal-Cury, A., y Menezes, P. R. (2012). Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *34*(4), 446-450. http://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.01.003

Falah-Hassani, K., Shiri, R., y Dennis, C.L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *198*, 142–147. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010

Fan, Q., Long, Q., De Silva, V., Gunarathna, N., Jayathilaka, U., Dabrera, T., … Ostbye, T. (2020). Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri Lanka: A population-based study. *Asian Journal of Psychiatry*, *47*, 101855 https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101855

Farr, S. L., Dietz, P. M., Rizzo, J. H., Vesco, K. K., Callaghan, W. M., Bruce, F. C., … Berg, C. J. (2013). Health Care Utilisation in the First Year of Life Among Infants of Mothers With Perinatal Depression or Anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *27*(1), 81–88. https://doi.org/10.1111/ppe.12012

Fedeafes (2014). *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres*. Recuperado de: https://www.mujerysaludmental.org/sites/default/files/fedeafes_folleto-empoderamiento-mujeres_recomendaciones-conclusiones.pdf

Feldens, C. A., Vitolo, M. R., Rauber, F., Cruz, L. N., y Hilgert, J. B. (2012). Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Maternal and Child Health Journal*, *16*(6), 1257–65. https://doi.org/10.1007/s10995-011-0885-7

Felice, E., Saliba, J., Grech, V. y Cox, J. (2006). Validation of the Maltese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(2), 75-80. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0099-3

Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., y Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17, 104-114. https://doi.org/10.1186/s12888-0171261y

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior & Development*, *33*(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005

Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, *34*, 1-14. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008

Field, T., Diego, M. y Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior & Development*, *29*(3), 445-455. http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Vera, Y., Gil, K., Schanberg, S., … Gonzalez-Garcia, A. (2004). Prenatal maternal biochemistry predicts neonatal biochemistry. *The International Journal of Neuroscience*, *114*(8), 933-945. http://dx.doi.org/10.1080/00207450490461305

Figueiredo, B., y Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(3), 143–153. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0059-4

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., y Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, *13*(4), 539–49. https://doi.org/10.1007/s10995-008-0312-x

Figueiredo, B., Canário, C., y Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927-936. https://doi.org/10.1017/S0033291713001530

Filha, M. M., Ayers, S., Da Gama, S. G. N., y Leal, M. D. C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The birth in Brazil national research study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV- versión clínica (SCID-CV*) [Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)]. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).

First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. y Spitzer, R. L. (2016). *User's guide for the SCID-5-PD structured clinical interview for DSM-5 personality disorders*. United States: Arlington, VA : American Psychiatric Association Publishing.

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., y Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization, 90*(2), 139-149. https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850

Flemming, K., Graham, H., Heirs, M., Fox, D., y Sowden, A. (2013). Smoking in pregnancy: A systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers. *Journal of Advanced Nursing, 69*(5), 1023-1036 https://doi.org/10.1111/jan.12066

Flores-Quijano, M. E., Córdova, A., Contreras-Ramírez, V., Farias-Hernández, L., Cruz Tolentino, M., y Casanueva, E. (2008). Risk for postpartum depression, breastfeeding practices, and mammary gland permeability. *Journal of Human Lactation, 24*(1), 50–7. https://doi.org/10.1177/0890334407310587

Flynn, S. M., Shaw, J. J., y Abel, K. M. (2013). Filicide: mental illness in those who kill their children. *PloS One*, *8*(4), e58981. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0058981

Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., y Blow, F. C. (2004). Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *General Hospital Psychiatry*, *26*(4), 316-322. http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.03.009

Ford, E., y Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology and Health*, *26*(12), 1553-1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Forray, A., Mayes, L. C., Magriples, U., y Epperson, C. N. (2009). Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *22*(6), 522–7. https://doi.org/10.1080/14767050902801686

Fox, A., y Zawitz, M. W. (2007). *Homicide trends in the United States. Bureau of Justice Statistics*. Recuperado de http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=967

Francis, L., Weiss, B. D., Senf, J. H., Heist, K. y Hargraves, R. (2007). Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *20*(1), 23-27. https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.01.060058

Friedman, S. H., Horwitz, S. M., y Resnick, P. J. (2005). Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *American Journal of Psychiatry*, *162*(9), 1578–1587. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1578

Friedman, S. H., Hrouda, D. R., Holden, C. E., Noffsinger, S. G., y Resnick, P. J. (2005). Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *33*(4), 496–504.

Gagliardi, L., Petrozzi, A., y Rusconi, F. (2012). Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. *Archives of Disease in Childhood*, *97*(4), 355–7. https://doi.org/10.1136/adc.2009.179697

Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keita, H., Dubertret, C., Keïta, H. y Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Research*, *215*(2), 341-346. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.003

Gao, W., Paterson, J., Abbott, M., Carter, S., y Iusitini, L. (2007). Maternal Mental Health and Child Behaviour Problems at 2 Years: Findings from the Pacific Islands Families Study.

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41(11), 885–895. https://doi.org/10.1080/00048670701634929

Garcia-Blanco, A., Diago, V., Hervas, D., Ghosn, F., Vento, M. y Chafer-Pericas, C. (2018). Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Human Reproduction, 33*(7), 1237-1246. https://doi.org/10.1093/humrep/dey109

Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. y Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders, 75*(1), 71-76. https://doi.org/S0165032702000204

García-Esteve, L., Navarro-García, P., Ascaso, C., Aguado, J., Torres, A. (2007). Major depressive episode in postpartum: a preliminary prospective 1-year naturalistic follow-up. En A. I. Rosenfeild, (Ed.), *New researh on postpartum depression* (pp. 85-103). New York: Nova Science Publishers, Inc.

García-Esteve, L., y Valdés Miyar, M. (2017). Manual de psiquiatría perinatal : guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Gauthreaux, C., Negron, J., Castellanos, D., Ward-Peterson, M., Castro, G., De La Vega, P. R., y Acuña, J. M. (2017). The association between pregnancy intendedness and experiencing symptoms of postpartum depression among new mothers in the United States, 2009 to 2011 a secondary analysis of PRAMS data. *Medicine, 96*(6), e5851. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005851

Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, *106*, 1071-1083. https://doi.org/106/5/1071

Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., … Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report Technology Assessment*, (119), 1-8. doi: 10.1037/e439372005-001.

Generalitat de Catalunya (2018). *Protocol de seguiment de l´embaràs a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut. Agencia de salut pública de Catalunya.

Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M.C., Lino, G., Lunardi, C., … Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health, 15*(1), 21-30. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8

Gibbs, B. G., Forste, R., y Libbert, E. (2018). Breastfeeding, parenting and infant attachment behaviors. *Maternal and Child Health Journal, 22*(4), 579-588. doi: 10.1007/s10995-018-2427-z.

Gibson, J., McKenzie-Mcharg, K., Shakespeare, J., Price, J., y Gray, R. (2009). A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(5), 350–364. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x

Giri, R. K., Khatri, R. B., Mishra, S. R., Khanal, V., Sharma, V. D., y Gartoula, R. P. (2015). Prevalence and factors associated with depressive symptoms among post-partum mothers in Nepal. *BMC Research Notes, 8*, 111–113. https://doi.org/10.1186/s13104-015-1074-3

Glangeaud-Freudenthal, N.M.C., y Barnett, B.E.W. (2004). Mother-baby inpatient psychiatric care in different countries: data collection and issues - introduction. *Archives of Women's Mental Health, 7*(1), 49–51. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0044-2

Glasser, S., Tanous, M., Shihab, S., Goldman, N., Ziv, A. y Kaplan, G. (2012). Perinatal depressive symptoms among Arab women in northern Israel. *Maternal and Child Health Journal*, *16*(6), 1197-1205. https://doi.org/10.1007/s10995-011-0845-2

Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., y Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 25*(3-4), 247-255. http://dx.doi.org/10.1080/01674820400024406

Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W. y Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *286*(2), 309-316. https://doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6

Goedhart, G., Snijders, A.C., Hesselink, A. E., Van Poppel N., Bonsel, G.J. y Vrijkotte, T.G.M. (2010). Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic Medicine*, *72*(8), 769-776. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181ee4a62

Goldbergh, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London, New York: Oxford University Press. https://doi.org/10.1017/S0033291700048613

Goldbergh, D. P., Cooper, B., Eastwood, M. R., Kedward, H. B. y Shepherd, M. (1970). A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive & Social Medicine, 24*, 18-23. http://dx.doi.org/10.1136/jech.24.1.18

Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G. y Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece. *Journal of Affective Disorders, 99*(1-3), 107-115. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.028

Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., y Christodoulou, G. N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry, 49*(3), 275–282. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.05.018

González-Mesa, E., Kabukcuoglu, K., Körükcü, O., Blasco, M., Ibrahim, N. y Kavas, T. (2018). Cultural factors influencing antenatal depression: A cross-sectional study in a cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy. *Journal of Affective Disorders, 238,* 256-260. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.003

Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Lykeridou, K., Griva, F. y Vaslamatzis, G. (2013). Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, *40*(4), 581-583.

Goyal, D., Gay, C., y Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more stongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of Women´s Mental Health, 12,* 229-237. doi: 10.1007/s00737-009-0070-9

Grant, K.-A., McMahon, C., y Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108*(1–2), 101–111. doi:10.1016/j.jad.2007.10.002

Gregory, A. M., Caspi, A., Eley, T. C., Moffitt, T. E., Oconnor, T. G. y Poulton, R. (2005). Prospective longitudinal associations between persistent sleep problems in childhood and anxiety and depression disorders in adulthood. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(2), 157-163. http://dx.doi.org/10.1007/s10802-005-1824-0

Gress-Smith, J. L., Luecken, L. J., Lemery-Chalfant, K., y Howe, R. (2012). Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Maternal and Child Health Journal, 16*(4), 887–93. https://doi.org/10.1007/s10995-011-0812-y

Grigoriadis, S., VonderPorten, E.H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C., Koren, G., . . . Ross, L.E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry, 74*(4), 321-341. doi:10.4088/JCP.12r07968

Groer, M. W., y Davis, M. W. (2006). Cytokines, infections stress and dysphoric modos in breasteeders and formula feedeers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35,* 599-607. doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00083.x.

Grosso, G., Micek, A., Castellano, S., Pajak, A., y Galvano, F. (2016). Coffee, tea, caffeine and risk of depression: A systematic review and dose-response meta-analysis of observational studies. *Molecular Nutrition and Food Research*, *60*(1), 223–234. https://doi.org/10.1002/mnfr.201500620

Guo, N., Bindt, C., Te Bonle, M., Appiah-Poku, J., Hinz, R., Barthel, D., … Tannich, E. (2013). Association of antepartum and postpartum depression in Ghanaian and Ivorian women with febrile illness in their offspring: a prospective birth cohort study. *American Journal of Epidemiology*, *178*(9), 1394–402. https://doi.org/10.1093/aje/kwt142

Gupta, S., Kishore, J., Mala, Y. M., Ramji, S., y Aggarwal, R. (2013). Postpartum depression in north Indian women: prevalence and risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, *63*(4), 223–229. https://doi.org/10.1007/s13224-013-0399-x

Gutierrez-Galve, L., Stein, A., Hanington, L., Heron, J. y Ramchandani, P. (2015). Paternal depression in the postnatal period and child development: mediators and moderators. *Pediatrics*, *135*(2), 339-347. https://doi.org/10.1542/peds.2014-2411

Haga, S. M., Lisoy, C., Drozd, F., Valla, L., y Slinning, K. (2018). A population-based study of the relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: a cross-lagged panel study. *Archives of Women´s Mental Health, 21*(2), 235-242. doi: 10.1007/s00737-017-0792-z.

Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Dunkel Schetter, C., y Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(5), 411–422. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0348-9

Halbreich, U. y Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 91*(2-3), 97-111. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051

Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 23*, 56-62. http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56

Hanington, L., Ramchandani, P., y Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, *33*(1), 88–95. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.11.004

Hanlon, C., Medhin, G., Alem, A., Araya, M., Abdulahi, A., Hughes, M., … Prince, M. (2008). Detecting perinatal common mental disorders in Ethiopia: Validation of the self-reporting questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Affective Disorders*, *108*(3), 251–262. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.023

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., … Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, *126*(12), 445-451. https://doi.org/10.1157/13086324

Haslam, D. M., 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*(3), 276-291. https://doi.org/10.1002/imhj.20092

Hassanein, I. M., Fathalla, M. M., y Abdel Rahim, T. (2014). The role of newborn gender in postpartum depressive symptoms among women in Upper Egypt. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *125*(2), 138–140. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.11.006

Hasselmann, M. H., Werneck, G. L., y Da Silva, C. V. C. (2008). Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(2), 341–352. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001400019

Hau, F. W. L., y Levy, V. A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders*, *75*(2), 197–203. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00039-3.

Heinrichs, M., Meinlschmidt, G., Neumann, I., Wagner, S., Kirschbaum, C., Ehlert, U., y Hellhammer, D. H. (2001). Effects os suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactanting women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86, 4798-4804. https://doi.org/10.1210/jcem.86.10.7919

Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(0), 33-42. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0004-x

Heron, J., McGuinness, M., Blackmore, E. R., Craddock, N. y Jones, I. (2008). Early postpartum symptoms in puerperal psychosis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *115*(3), 348-353. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01563.x

Heron, J., O'Connor, T., G., Evans, J., Golding, J., y Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *80*(1), 65-73. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.004

Herrero, T., Driebe, A., Fratto, V., Hamlin, A., Lacoursiere, D.Y. y Ramos, G. A. (2018). Positive antenatal Edinburgh Depression Scale: examining behavioral and pharmacological therapy on maternal and neonatal outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 1-5. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1488162

Hibino, Y., Takaki, J., Kambayashi, Y., Hitomi, Y., Sakai, A., Sekizuka, N., … Nakamura, H. (2009). Relationship between the Noto-Peninsula earthquake and maternal postnatal

depression and child-rearing. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *14*(5), 255–260. https://doi.org/10.1007/s12199-009-0090-0

Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C. y Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, *12*(2), 157-175. http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400002030

Ho, C. L., Chang, L. I., y Wan, K. S. (2013). The relationships between postpartum adaptation and postpartum depression symptoms of first pregnancy mothers in Taiwan. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *45*(1), 1-13.

Hoffman, S., y Hatch, M. C. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychology*, *19*(6), 535-543. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.535

Hoge, A., Tabar, V., Donneau, A.-F., Dardenne, N., Degée, S., Timmermans, M., … Castronovo, V. (2019). Imbalance between Omega-6 and Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in early pregnancy is predictive of postpartum depression in a Belgian Cohort. *Nutrients*, *11*(4), 876. https://doi.org/10.3390/nu11040876

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., y Milgrom, J. (2014). Series Perinatal mental health 1 Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. The Lancet, 384 (9956), 1775-1788. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9

Hu, Y., Wang, Y., Wen, S., Guo, X., Xu, L., Chen, B., … Wang, Y. (2019). Association between social and family support and antenatal depression: A hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), 420 https://doi.org/10.1186/s12884-019-2510-5

Huang, T., Rifas-Shiman, S. L., Ertel, K. A., Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Gillman, M. W., … James-Todd, T. (2015). Pregnancy Hyperglycaemia and Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *29*(4), 281–289. https://doi.org/10.1111/ppe.12199

Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. y Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, *79*(2), 81-91. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Hunter, L. P., Rychnovsky, J. D. y Jount, S. M. (2009). A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *38*(1), 60-68. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00309.x.

Humayun, A., Haider, I. I., Imran, N., Iqbal, H., y Humayun, N. (2013). Antenatal depression and its predictors in Lahore, Pakistan. *Eastern Mediterranean Health Journal ,19*(4), 327-332. http://dx.doi.org/10.26719/2013.19.4.327

Husain, N., Parveen, A., Husain, M., Saeed, Q., Jafri, F., Rahman, R., … Chaudhry, I. B. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of perinatal depression: a cohort study from urban Pakistan. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(5), 395-403. https://doi.org/10.1007/s00737-011-0233-3

Husain, N., Rahman, A., Husain, M., Khan, S. M., Vyas, A., Tomenson, B. y Cruickshank, K. J. (2014). Detecting depression in pregnancy: validation of EPDS in British Pakistani mothers. *Journal of Immigrant And Minority Health*, *16*(6), 1085-1092. https://doi.org/10.1007/s10903-014-9981-2

Iliadis, S. I., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylven, S. M., Sundstrom-Poromaa, I., Ekselius, L., … Skalkidou, A. (2015). Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(3), 539–546. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0478-8

Inandi, T., Elci, O. C., Ozturk, A., Egri, M., Polat, A., y Sahin, T. K. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*, *31*(6), 1201-1207. https://doi.org/10.1093/ije/31.6.1201

Instituto Nacional de Estadística (2018). *Encuesta de conciliacion de trabajo y familia*. Recuperado de: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472720&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param3=1259924822888

Jairaj, C., Fitzsimons, C. M., McAuliffe, F. M., O'Leary, N., Joyce, N., McCarthy, A., … O'Keane, V. (2019). A population survey of prevalence rates of antenatal depression in the Irish obstetric services using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, *22*(3), 349–355. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0893-3

Jeong, H.G., Lim, J.S., Lee, M.S., Kim, S.H., Jung, I.K. y Joe, S.H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Psychiatry and Primary Care*, *35*, 354-358. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.02.009

Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I. y Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *21*(2), 93-97. http://dx.doi.org/10.3109/01674820009075614

Jones, I. y Craddock, N. (2001). Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(6), 913-917. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.913

Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J. y Milgrom, J. (2010). A prospective investigation of the relationships among sleep quality, physical symptoms, and depressive symptoms during pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, *123*(1-3), 317-320. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.09.015

Kaplan, P. S., Danko, C. M., Cejka, A. M., y Everhart, K. D. (2015). Maternal depression and the learning-promoting effects of infant-directed speech: Roles of maternal sensitivity, depression diagnosis, and speech acoustic cues. *Infant Behavior & Development*, *41*, 52–63. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.06.011

Kazi, A., Fatmi, Z., Hatcher, J., Kadir, M. M., Niaz, U., y Wasserman, G. A. (2006). Social environment and depression among pregnant women in urban areas of pakistan: Importance of social relations. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1466-1476. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.05.019

Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M.C., Kay, L.B., Miller, E. S., Simas, T.A.M., … Author, O.G. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstetrics and Gynecology*, *129*(3), 422–430. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902

Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B., y Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, *41*(3), 233–9. https://doi.org/10.1177/1403494812472006

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G. y Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective dDisorders*, *29*(2-3), 85-96. https://doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-G

Khalifa, D. S., Glavin, K., Bjertness, E., y Lien, L. (2015). Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. *International Journal of Women's Health*, *7*, 677–684. https://doi.org/10.2147/IJWH.S81401

Kheirabadi, G. R., y Maracy, M. R. (2010). Perinatal depression in a cohort study on iranian women. *Journal of Research in Medical Sciences*, *15*(1), 41-49.

Kheirabadi, G.R., Maracy, M.R., Barekatain, M., Salehi, M., Sadri, G.H., Mph, P.D., … Cassy, P. (2009). Risk factors of postpartum depression in rural areas of Isfahan province, Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 12(5), 461-467.

Kim, T. H., Connolly, J. A., y Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*, 162. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-162.

Kim, S., Soeken, T. A., Cromer, S. J., Martinez, S. R., Hardy, L. R., y Strathearn, L. (2014). Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Research, 1580*, 219–232. https://doi.org/10.1016/j.brainres.2013.11.009

Kingston, D., Tough, S., y Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development, 43*(5), 683-714. https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4

Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L., y Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*(5), 711–721. https://doi.org/10.1007/s00127-013-0758-z

Kozinszky, Z., y Dudas, R. B. (2015). Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. *Journal of Affective Disorders, 176*, 95–105. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.044.

Kroenke, K., Spitzer, R.L. y Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606-613. http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Kumwar, D., Corey, E. K., Sharma, P., y Risal, A. (2015). Screening for postpartum depression and associated factors among women who deliver at a University Hospital, Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, *13*(49), 44–48. doi: 10.3126/kumj.v13i1.13752.

LaCoursiere, D. Y., Baksh, L., Bloebaum, L., y Varner, M. W. (2006). Maternal body mass index and self-reported postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal, 10*(4), 385–390. https://doi.org/10.1007/s10995-006-0075-1

LaCoursiere, D. Y., Barrett-Connor, E., O'Hara, M. W., Hutton, A., y Varner, M. W. (2010). The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 117*(8), 1011–1018. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02569.x

Lahera, G. (2007). Trastornos psiquiátricos en el ciclo menstrual, embarazo, puerperio y menopausia. *Medicine*, *9*(86), 5544-5549. https://doi.org/10.1016/S0211-3449(07)74694-5

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. y Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *202*(1), 5-14. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007

Lanzi, R. G., Bert, S. C., Jacobs, B. K., y Centers for the Prevention of Child Neglect. (2009). Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *22*(4), 194–202. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00199.x

Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Barba Martín, J. P., Navarro, J. L. y Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 18-24. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035

Lau, Y., Wang, Y., Yin, L., Chan, K. S., y Guo, X. (2010). Validation of the Mainland Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Chengdu mothers. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(9), 1139–1151. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.005

Lauria, L., Lamberti, A., Grandolfo, M., Opdal, S. H., y Zvolensky, M. J. (2012). The effect of breastfeeding. *The Scientific World Journal*, 2012, 1-9 https://doi.org/10.1100/2012/154910

Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W. y Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, *110*(5), 1102-1112. https://doi.org/110/5/1102

Lee, Y. J., Yi, S. W., Ju, D. H., Lee, S. S., Sohn, W. S., y Kim, I. J. (2015). Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: Single center study. *Obstetrics & Gynecology Science*, *58*(5), 353-358. https://doi.org/10.5468/ogs.2015.58.5.353

Leigh, B., y Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, *8*, 24-24. doi:10.1186/1471-244X-8-24

Lewis, A., Galbally, M., Gannon, T. y Symeonides, C. (2014). Early life programming as a target for prevention of child and adolescent mental disorders. *BMC Medicine*, 12 (1), 1-15. https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-33

Li, D., Liu, L., y Odouli, R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, *24*(1), 146-53. https://doi.org/10.1093/humrep/den342

Lilja, G., Edhborg, M., y Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26(2), 245–53. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x

Lindahl, V., Pearson, J. L. y Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women´s Mental Health, 8*, 77-87. https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1

Littlewood, E., Ali, S., Ansell, P., Dyson, L., Gascoyne, S., Hewitt, C., … Gilbody, S. (2016). Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale: protocol for the Born and Bred in Yorkshire: Perinatal depression diagnostic accuracy. *BMJ Open, 6*(6), e011223. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011223

Loomans, E. M., van Dijk E., A., Vrijkotte, T. G. M., van Eijsden, M., Stronks, K., Gemke, R. J. B. J., … Van den Bergh, B. R. H. (2013). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: Results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *European Journal of Public Health*, *23*(3), 485-491. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks097

Lopez, A.A., Skelly, J.M. y Higgins, S.T. (2015). Financial incentives for smoking cessation among depression-prone pregnant and newly postpartum women: effects on smoking abstinence and depression ratings. *Nicotine and Tobacco Research, 17*, 455-462. doi: 10.1093/ntr/ntu193.

Luger, T.M, Suls, J., y Vander Weg, M.W. (2014) How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors, 39*, 1418–1429. doi:10.1016/j.addbeh.2014.05.01

Machado, F., García-Serrano, T., Moya, N., Bernabeu, N. y Cerdá, R. (1997). Depresión puerperal. Factores relacionados. *Atención Primaria*, *20*(4), 161-166.

McCall-Hosenfeld, J. S., Phiri, K., Schaefer, E., Zhu, J., y Kjerulff, K. (2016). Trajectories of depressive symptoms throughout the peri-and postpartum period: results from the first baby study. *Journal of Women´s Health*, *25*(11), 1112-1121. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5310

Maguire, J. y Mody, I. (2009). Steroid hormone fluctuations and GABA(A)R plasticity. *Psychoneuroendocrinology, 34(1),* 84-90. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.06.019

Maia, B. R., Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J., … Azevedo, M. H. (2011). Epidemiology of perinatal depression in Portugal: categorical and dimensional approach. *Acta Medica Portuguesa, 24(2),* 443-448.

Maliszewska, K., Bidzan, M., Swiatkowska-Freund, M., y Preis, K. (2017). Medical and psychosocial determinants of risk of postpartum depression: a cross-sectional study. *Acta Neuropsychiatrica, 29*(6), 347-355. https://doi.org/10.1017/neu.2017.4

Mallan, K. M., Daniels, L. A., Wilson, J. L., Jansen, E., y Nicholson, J. M. (2015). Association between maternal depressive symptoms in the early postnatal period and responsiveness in feeding at child age 2 years. *Maternal & Child Nutrition, 11*(4), 926–935. https://doi.org/10.1111/mcn.12116

Mallikarjun, P. K., y Oyebode, F. (2005). Prevention of postnatal depression. *The Journal Of The Royal Society For The Promotion Of Health, 125*(5), 221-226. http://dx.doi.org/10.1177/146642400512500514

Marcano-Belisario, J. S., Gupta, A. K., O'Donoghue, J., Ramchandani, P., Morrison, C. y Car, J. (2017). Implementation of depression screening in antenatal clinics through tablet computers: results of a feasibility study. *BMC Medical Informatics and Decision Making, 17*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12911-017-0459-8

Marchesi, C., Bertoni, S., y Maggini, C. (2009). Major and minor depression in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology, 113*(6), 1292-1298. doi:10.1097/AOG.0b013e3181a45e90

Marcos-Nájera, R., Le, H.N., Rodríguez-Muñoz, M.F., Olivares Crespo, M.E., y Izquierdo Mendez, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery, 62*, 36–41. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011

Marcus, S. M. (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology, 16*(1), 15-22.

Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., y Peñacoba-Puente, C. (2014). Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión postparto en gestantes españolas. *Anales de Psicología, 30*(3), 908–915. https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.153101

Marques, M., Bos, S., Soares, M. J., Maia, B., Pereira, A. T., Valente, J., … Azevedo, M. H. (2011). Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology? *Psychiatry Research*, 186(2-3), 272-280. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.06.029

Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E. y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: la investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *91*, 37-61.

Marmorstein, N. R., Malone, S. M., y Iacono, W. G. (2004). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1588-1594. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1588

Maroto, G., García Calvente, M. del M. y Fernández Parra, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*(2), 305-318.

Marsay, C., Manderson, L. y Subramaney, U. (2017). Validation of the Whooley questions for antenatal depression and anxiety among low-income women in urban South Africa. *The South African Journal of Psychiatry*, 23, 1-7 https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v23i0.1013

Martín, M. J. y Crespo, M. D. (1999). Embarazo y parto, aborto, infertilidad y nuevas técnicas de fecundación. En Leal-Cercós, C. (Ed.), *Trastornos depresivos en la mujer* (pp.75-85). Barcelona: Ed. Masson.

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.

Mathisen, S. E., Glavin, K., Lien, L., y Lagerlov, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. International *Journal of Women's Health*, 5, 787–793. https://doi.org/10.2147/IJWH.S51436

Matthey, S. (2008). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *25*(11), 926–931. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/da.20415

Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J. y Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, *64*(2-3), 175-184. https://doi.org/S0165032700002366

Matthey, S., y Ross-Hamid, C. (2012). Repeat testing on the Edinburgh Depression Scale and the HADS-A in pregnancy: differentiating between transient and enduring distress. *Journal of Affective Disorders, 141*(2-3), 213-221. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.037

Matud, M.P., Guerrero, K. y Matías, R.G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(1), 7-21.

Maxson, P., Edwars, S., Ingram, A. y Miranda, M.L. (2012). Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addictive Behaviors, 37*,153-159. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.08.011

McLaren, L., Kuh, D., Hardy, R., y Mishra, G. (2007). Postnatal depression and the original mother–child relationship: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders, 100*(1–3), 211–219. https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.021

McLearn, K. T., Minkowitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E., y Hou, W. (2006). Maternal Depressive Symptoms at 2 to 4 Months Post Partum and Early Parenting Practices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 160*(3), 279-284. https://doi.org/10.1001/archpedi.160.3.279

McMahon, C. A., Barnett, B., Kowalenko, N. M., y Tennant, C. C. (2006). Maternal attachment state of mind moderates the impact of postnatal depression on infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 47*(7), 660-669. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01547.x

Meghea, C. I., Rus, I. A., y Rus, D. (2012). Risk factors associated with nicotine dependence in a sample of Romanian pregnant smokers. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 163*(1), 22-26. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.03.033

Melo, E. F., Cecatti, J. G., Pacagnella, R. C., Leite, D. F. B., 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*(3), 1204-1208. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.023

Meltzer-Brody, S., y Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research.Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*(1), 49-60. http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009

Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M. Y., y Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics and Gynecology, 116*(5), 1064-1070. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a

Mercier, R. J., Garrett, J., Thorp, J., y Siega-Riz, A. M. (2013). Pregnancy intention and postpartum depression: secondary data analysis from a prospective cohort. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 120*(9), 1116-1122. https://doi.org/10.1111/1471-0528.12255

Míguez, M. C., Fernández, V. y Pereira, B. (2017). Depresión postparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Psicologia Conductual, 25*(1), 47-64.

Míguez, M. C., Pereira, B., y Figueiredo, B. (2017). Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addictive Behaviors, 64*, 111–117. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.034

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108*(1-2), 147-157. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014

Ministerio de Sanidad (2014a). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Ed: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucia. Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2014b). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Ed: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade. Ministerio de Sanidad.

Ministerio de Sanidad (2017). Encuesta Nacional de Salud en España. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm

Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K. B., y Swartz, K. (2005). Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, *115*(2), 306–314. DOI: 10.1542/peds.2004-0341

Mirowsky, J. (1996). Age and the gender gap in depression. *Journal of Health and Social Behavior*, *37*(4), 362-380. http://dx.doi.org/10.2307/2137263

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*(1-2), 133-137. https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.024

Moberg, K. U. (2009). *Oxitocina. La hormona de la calma, el amor y la sanación*. Barcelona: Ediciones Obelisco.

Mohammad, K. I., Gamble, J. y Creedy, D. K. (2011). Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery, 27*, 238-245. https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.008

Mohammed, E. S., Mosalem, F. A., Mahfouz, E. M., y Abd-ElHameed, M. A. (2014). Predictors of postpartum depression among rural women in Minia, Egypt: an epidemiological study. *Public Health, 128*(9), 817–824. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.06.006

Monk, C., Fifer, W. P., Myers, M. M., Bagiella, E., Duong, J. K., Chen, I. S., … Altincatal, A. (2011). Effects of maternal breathing rate, psychiatric status, and cortisol on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology, 53*(3), 221-233. https://doi.org/10.1002/dev.20513

Montgomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry, 134*, 382-389. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.134.4.382

Morikawa, M., Okada, T., Ando, M., Aleksic, B., Kunimoto, S., Nakamura, Y., … Ozaki, N. (2015). Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: A prospective cohort study. *Scientific Reports*, *5*, 10520. https://doi.org/10.1038/srep10520

Moscardino, U., Axia, G., y Altoè, G. (2006). The role of maternal depressed mood and behavioural soothing on infant response to routine vaccination. *Acta Paediatrica*, *95*(12), 1680–4. https://doi.org/10.1080/08035250600764818

Moshki, M., Baloochi Beydokhti, T., y Cheravi, K. (2014). The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(15–16), 2256–2263. https://doi.org/10.1111/jocn.12505

Moshki, M., y Cheravi, K. (2016). Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *The International Journal of Social Psychiatry*, *62*(2), 148-155. https://doi.org/10.1177/0020764015612119

Mosteiro, M. ., Fernández, A., Morán, D., Pellico, M. y Díaz, E. (2001). Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto en la lactancia materna. *Enfermería Clínica*, *11*(4), 155-160. https://doi.org/10.1016/S1130-8621(01)73709-6

Muchanga, S. M. J., Yasumitsu-Lovell, K., Eitoku, M., Mbelambela, E. P., Ninomiya, H., Komori, K., … Suganuma, N. (2017). Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Journal of Affective Disorders*, *217*, 34–41. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.049

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O. y Mortensen, P. B. (2006). New parents and mental disorders. *JAMA*, *296*(21), 2582-2589. https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582

Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 108-121.

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Croudace, T., y Cooper, P. (2010). The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *51*(10), 1150–9. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02259.x

Murray, L., Arteche, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., y Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(5), 460–470. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.02.001

Murray, D. y Cox, J.L. (1990). Screening for Depression During Pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *8*(2), 99-107. https://doi.org/10.1080/02646839008403615

Myers, S., y Johns, S. E. (2018). Postnatal depression is associated with detrimental life-long and multi-generational impacts on relationship quality. *PeerJ*, *6*, e4305. https://doi.org/10.7717/peerj.4305

Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., y Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(3), 209–217. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101003209.x

Nasreen, H.E., Kabir, Z.N., Forsell, Y., y Edhborg, M. (2013). Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh. *Journal of Affective Disorders*, *146*(2), 254–61. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.013

National Childbirth Trust (2017). *The Hidden Half. Bringing postnatal mental illness out of hiding*. London: National Childbirth Trust.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression: the treatment and management of depression in adults*. Leicester (UK): British Psychological Society.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. Leicester (UK): British Psychological Society.

Naughton, M. J. y Wiklund, I. (1993). A critical review of dimension-specific measures of health-related quality of life in cross-cultural research. *Quality of Life Research*, *2*(6), 397-432. http://dx.doi.org/10.1007/BF00422216

Navaratne, P., Foo, X.Y., y Kumar, S. (2016). Impact of a high Edinburgh Postnatal Depression Scale score on obstetric and perinatal outcomes. *Scientific Reports*, *6*, 1–5. https://doi.org/10.1038/srep33544

Navarro, P., Ascaso, C., Garcia-Esteve, L., Aguado, J., Torres, A. y Martin-Santos, R. (2007). Postnatal psychiatric morbidity: a validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. *General Hospital Psychiatry*, *29*(1), 1-7. https://doi.org/S0163-8343(06)00176-9

Navarro, P., Torres, A., Subirá, S., y Garcia-Esteve, L. (2017). Epidemiología de los trastornos mentales perinatales. En L. Garcia-Esteve y M. Valdés (Eds.), *Manual de psiquiatría perinatal: guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia* (pp. 43-55). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ndokera, R., y MacArthur, C. (2011). The relationship between maternal depression and adverse infant health outcomes in Zambia: a cross-sectional feasibility study. *Child: Care, Health and Development*, *37*(1), 74–81. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01129.x

Netsi, E., Pearson, R. M., Murray, L., Cooper, P., Craske, M. G., y Stein, A. (2018). Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*, *75*(3), 247-253. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363

Ngai, F. W., y Ngu, S. F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, *78*(2), 156–161. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003

Nishimura, A., Fujita, Y., Katsuta, M., Ishihara, A., y Ohashi, K. (2015). Paternal postnatal depression in Japan: an investigation of correlated factors including relationship with a partner. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*, 128–015–0552–x. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0552-x

Nishioka, E., Haruna, M., Ota, E., Matsuzaki, M., Murayama, R., Yoshimura, K., y Murashima, S. (2011). A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1–5months after delivery. *Journal of Affective Disorders*, *133*(3), 553–559. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.027

Ntaouti, E., Gonidakis, F., Nikaina, E., Varelas, D., Creatsas, G., Chrousos, G., y Siahanidou, T. (2018). Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *7058*. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1548594

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*(5), 1061-1072. https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1061

Norhayati, M. N., Hazlina, N. H., Asrenee, A. R. y Emilin, W. M. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 34-52. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041

O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., Fleming, P., y ALSPAC Study Team. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, *83*(7), 451–458. https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.08.006

O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., y Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depresion in pregnant and postpartum Women. *JAMA*, *315*(4), 388. https://doi.org/10.1001/jama.2015.18948

O'Donnell, K., O'Connor, T.G., y Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience, 31*(4), 285-292. doi:10.1159/000216539

O'Hara, M. W., y Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *28*(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., y Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(5), 381–389. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0354-y

Oates, M. R., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B., … Yoshida, K. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *184*(46), 10-16. https://doi.org/10.1192/bjp.184.46.s10

Oates, M. R., y Cantwell, R. (2011). Deaths from psychiatric causes. *The British Journal of Obstetrics and Gynaecology* , *118*, 1–203.

OECD/EU (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. París: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Ogbo, F. A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K. E., Barnett, B., y Page, A. (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*, *18*(49). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x

Olza, I. (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 96*, 35–41.

Olza, I., Garcia-Esteve, L., Lasheras, G. y Farré, J. M. (2011). La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 100*, 50-54.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento.* Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2002). *World report on violence and health.* Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng

Organización Mundial de la Salud (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud de la mujer*. Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health

Orhon, F. S., Ulukol, B., y Soykan, A. (2007). Postpartum mood disorders and maternal perceptions of infant patterns in well-child follow-up visits. *Acta Paediatrica* , *96*(12), 1777–83. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00557.x

Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., y James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 566-570. http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180cac25d

Padmapriya, N., Bernard, J. Y., Liang, S., Loy, S. L., Shen, Z., Kwek, K., … Müller-riemenschneider, F. (2016). Association of physical activity and sedentary behavior with depression and anxiety symptoms during pregnancy in a multiethnic cohort of Asian women. *Archives of Women's Mental Health*, *19*(6), 1119-1128. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0664-y

Pampaka, D., Papatheodorou, S. I., AlSeaidan, M., Al Wotayan, R., Wright, R. J., Buring, J. E., … Christophi, C. A. (2018). Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy - results from a population based study. *Journal of Psychosomatic Research*, *112*, 53-58. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.011

Paris, R., Bolton, R. E., y Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(5), 309–321. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0105-2

Park, E., Chang, Y., Quinn, V., Regan, S., Cohen, L., Viguera, A., … Rigotti, N. (2009). The association of depressive, anxiety, and stress symptoms and postpartum relapse to smoking: A longitudinal study. *Nicotine & Tobacco Research*, *11*(6), 707-714 https://doi.org/10.1093/NTR/NTP053

Park, J. H., Karmaus, W., y Zhang, H. (2015). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms in Korean women throughout pregnancy and in postpartum period. *Asian Nursing Research*, *9*(3), 219–225. https://doi.org/10.1016/j.anr.2015.03.004

Patel, H. L., Ganjiwale, J. D., Nimbalkar, A. S., Vani, S. N., Vasa, R., y Nimbalkar, S. M. (2015). Characteristics of postpartum depression in Anand district, Gujarat, India. *Journal of Tropical Pediatrics*, *61*(5), 364–369. https://doi.org/10.1093/tropej/fmv046

Patel, V., y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization, 81*(8), 609-615.

Patten, S. B. (2009). Accumulation of major depressive episodes over time in a prospective study indicates that retrospectively assessed lifetime prevalence estimates are too low. *BMC Psychiatry, 9(1), 1-4.* http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-9-19

Patton, G. C., Romaniuk, H., Spry, E., Coffey, C., Olsson, C., Doyle, L. W., … Brown, S. (2015). Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *The Lancet, 386*(9996), 875-883. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62248-0

Paulson, J. F., Dauber, S., y Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics, 118*(2), 659–668. DOI: 10.1542/peds.2005-2948

Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S. y O'keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *Journal of Affective Disorders, 113*, 236-243. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.018

Paykel, E. S., Brugha, T., y Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in europe. *European Neuropsychopharmacology, 15*(4), 411-423. http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.008

Pedrós-Roselló, A., Tomás-Pérez, A., Leal-Cercós, C., y Aguilar-García-Iturrospe, C. (2002). Influence of behaviour, attitudes and childrearing on the development of the child in mothers with postpartum depression. *Actas Españolas de Psiquiatria,* 30(5), 292-300.

Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J., Bacchi, M. y Barakat, R. (2015). Exercise During Pregnancy Attenuates Prenatal Depression: A Randomized Controlled Trial. *Evaluation and the Health Professions, 38*(1), 59-72. https://doi.org/10.1177/0163278714533566

Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Pilowsky, D. L., Lima, L. A., y Legay, L. F. (2009). Depression during pregnancy: Prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in rio de janeiro, Brazil. *Cadernos De Saude Publica, 25*(12), 2725-2736. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200019

Pereira, A. T., Bos, S. C., Marques, M., Maia, B. R., Soares, M. J., Valente, J., … de Azevedo, M. H. P. (2011). The postpartum depression screening scale: is it valid to screen for antenatal depression? *Archives of Women's Mental Health, 14*(3), 227-238. https://doi.org/10.1007/s00737-010-0178-y

Pereira, A. T., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Soares, M. J., Valente, J., … Macedo, A. (2013). Short forms of the postpartum depression screening scale: as accurate as the original form. *Archives of Women's Mental Health, 16*(1), 67-77. https://doi.org/10.1007/s00737-012-0319-6

Pereira, A. T., Marques, M., Soares, M. J., Maia, B. R., Bos, S., Valente, J., … Macedo, A. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *Journal of Affective Disorders*, *166*, 71-78. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.008

Perinatal and maternal mortality review committe. Reporting mortality 2010. Recuperado de: https://www.hqsc.govt.nz/assets/PMMRC/Publications/12th-PMMRC-report-final.pdf

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. y Skaggs, G. E. (2006). The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, *85*(3), 802-804. https://doi.org/10.1016/J.FERTNSTERT.2005.09.020

Pfuhlmann, B., Stoeber, G., y Beckmann, H. (2002). Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, *4*(3), 185–90. doi: 10.1007/s11920-002-0025-6.

Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., y Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(6), 409–18. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0091-4

Pietikainen, J. T., Polo-Kantola, P., Polkki, P., Saarenpaa-Heikkila, O., Paunio, T., y Paavonen, E. J. (2018). Sleeping problems during pregnancy-a risk factor for postnatal depressiveness. *Archives of Women's Mental Health*, 22(3), 327-337.https://doi.org/10.1007/s00737-018-0903-5

Pinheiro, K. A. T., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. da, Coelho, F. M. da C., Quevedo, L. de Á., Godoy, R. V., … Oses, J. P. (2011). Chronicity and severity of maternal postpartum depression and infant sleep disorders: A population-based cohort study in southern Brazil. *Infant Behavior and Development*, *34*(2), 371–373. https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.12.006

Pinto, T. M., Caldas, F., Nogueira-Silva, C., y Figueiredo, B. (2017). Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *Jornal de Pediatria*, *93*(5), 452–459. https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.005

Pitt, B. (1973). Maternity blues. *The British Journal of Psychiatry*, *122*(569), 431-433.

Poçan, A. G., Aki, O. E., Parlakgumus, A. H., Gereklioglu, C., y Dolgun, A. B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *46*(2), 179–194.

Podvornik, N., Globevnik Velikonja, V., y Praper, P. (2014). Depression and anxiety in women during pregnancy in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, *54*(1), 45-50. doi:10.1515/sjph-2015-0006

Polachek, I., Huller Harari, L., Baum, M., y Strous, R. D. (2014). Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *51*(2), 128–134.

Pop, V. J., Truijens, S. E., Spek, V., Wijnen, H. A., van Son, M. J., y Bergink, V. (2015). A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *Journal of Affective Disorders*, *177*, 74–79. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.015

Pope, C. J., Xie, B., Sharma, V., y Campbell, M. K. (2013). A prospective study of thoughts of self-harm and suicidal ideation during the postpartum period in women with mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(6), 483–488. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0370-y

Pope, C. J., Mazmanian, D., Bedard, M., y Sharma, V. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *Journal of Affective Disorders, 200*, 45-50. doi: 10.1016/j.jad.2016.04.014.

Posmontier, B. (2008). Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *53*(4), 310–318. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.02.016

Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., … Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: the course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety*, *30*(6), 506–14. https://doi.org/10.1002/da.22040

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401. https://doi.org/10.1177/014662167700100306

Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., y Creed, F. (2007). Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: --a cohort study. *Archives of Disease in Childhood*, *92*(1), 24–28. doi: 10.1136/adc.2005.086579.

Rahman, A., Hafeez, A., Bilal, R., Sikander, S., Malik, A., Minhas, F., … Creed, F. (2016). The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Maternal and Child Nutrition*, *12*(3), 452–462. https://doi.org/10.1111/mcn.12170

Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H., y Harrington, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of General Psychiatry*, *61*(9), 946-952. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.946

Rahman, A., Iqbal, Z., y Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine*, *33*(7), 1161-1167. https://doi.org/10.1017/s0033291703008286

Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M., y Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*, *27*(4), e36–e42. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.08.002

Rai, S., Pathak, A., y Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(Suppl 2), S216. https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481

Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., O'Connor, T. G. y team, A. study. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, *365*(9478), 2201-2205. https://doi.org/S0140-6736(05)66778-5

Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., y Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, *113*(1–2), 77–87. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.003

Redinger, S., Norris, S. A., Pearson, R. M., Richter, L. y Rochat, T. (2018). First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, *9*(01), 30-40. https://doi.org/10.1017/S204017441700071X

Reifsnider, E., Flowers, J., Todd, M., Babendure, J., y Moramarco, M. (2016). The relationship among breastfeeding, postpartum depression, and postpartum weight in mexican american women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 45*(6), 760-771. doi: 10.1016/j.jogn.2016.05.009.

Rich-Edwards, J., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., y Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(3), 221-227. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.039370

Robling, S. A., Paykel, E. S., Dunn, V. J., Abbott, R., y Katona, C. (2000). Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychological Medicine*, *30*(6), 1263–71. https://doi.org/10.1017/s0033291799003025

Roca, C. A., Schmidt, P. J., Bloch, M. y Rubinow, D. R. (1996). Implications of endocrine studies of premenstrual syndrome. *Psychiatric Annals*, *26*(9), 576-580. https://doi.org/10.3928/0048-5713-19960901-10

Rodriguez-Muñoz, M., Castelao Legazpi, P. C., Olivares Crespo, M. E., Soto Balbuena, C., Izquierdo Mendez, N., Ferrer Barrientos, F. J. y Huynh-Nhu, L. (2017). PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Revista Española de Salud Pública*, *91*.

Rodríguez-Muñoz, M., Le, H.N., de la Cruz, I. V., Crespo, M. E. O., y Méndez, N. I. (2017). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *215*, 101–105. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.009

Rodríguez-Muñoz, M., Le, H.N., Lara, M.A., y Jaffe, A. (2019). Depresión perinatal. En M. Rodriguez-Muñoz (Eds.), *Psicología perinatal: teoría y práctica* (pp. 25-54). Madrid: Ediciones Pirámide.

Roomruangwong, C., Kanchanatawan, B., Sirivichayakul, S. y Maes, M. (2016). Antenatal depression and hematocrit levels as predictors of postpartum depression and anxiety symptoms. *Psychiatry Research*, *238*, 211-217. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.039

Ross, L. E., Gilbert Evans, S. E., Sellers, E. M. y Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(1), 51-57. https://doi.org/10.1007/s00737-002-0155-1

Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A. y Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(6), 414-418. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2011.590606

Rudolph, K. D., y Flynn, M. (2007). Childhood adversity and youth depression: Influence of gender and pubertal status. *Development and Psychopathology*, *19*(2), 497–521. https://doi.org/10.1017/S0954579407070241

Saeed, A., Raana, T., Saeed, A. M. y Humayun, A. (2016). Effect of antenatal depression on maternal dietary intake and neonatal outcome: a prospective cohort. *Nutrition Journal*, *15*(1), 64-93. https://doi.org/10.1186/s12937-016-0184-7

Sanger, C., Iles, J. E., Andrew, C. S., y Ramchandani, P. G. (2015). Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(2), 147–162. https://doi.org/10.1007/s00737-014-0463-2

Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *29* (124), 239-288.

Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M.P., Matthey, S., Kemp, L., … Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies. *Women and Birth, 26*, 167-178https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.02.006

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2012). *Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline.* Recuperado de http://www.sign.ac.uk

Sebastián-Romero, E., Mas-Lodo, N., Martín-Blázquez, M., Raja-Casillas, M. I., Izquierdo - Zamarriego, M. J., Valles - Fernández, N., y Metola-Gómez, M. (1999). Depresión postparto en el área de salud de Toledo. *Atencion Primaria*, *24*(4), 215–219.

Sedgh, G., Bankole, A., Oye-Adeniran, B., Adewole, I. F., Singh, S. y Hussain, R. (2006). Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *International Family Planning Perspectives*, *32*(4), 175-184. https://doi.org/10.1363/ifpp.32.175.06

Seedat, S., Margaret Scott, K., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., … Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives Generals of Psychiatry*, *66*(7), 785-795. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

Seeman, M. V. (2012). Menstrual exacerbation of schizophrenia symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *125*(5), 363–371. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01822.x

Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S. y Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression: the relative significance of three social status indices. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(4), 316-321. https://doi.org/10.1007/s00127-007-0168-1

Seng, J. S., Low, L. K., Sperlich, M., Ronis, D. L., y Liberzon, I. (2011). Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *118*(11), 1329–39. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03071.x

Servicio Galego de Saude (2008a). *Guía técnica del proceso de educación maternal antenatal y postnatal*. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/40/PMG05.pdf

Servicio Galego de Saude (2008b). *Guía técnica del proceso de atención al parto normal y puerperio*. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/39/G4PartoNat.pdf

Servicio Galego de Saude (2009). *Guía técnica del proceso de atención a la depresión*. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/50/G16Dep.pdf

Servicio Galego de Saude (2019). *Guía técnica del proceso de consulta preconcepcional y atención al embarazo normal*. Recuperado de https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/38/PMG03.pdf

Serhan, N., Ege, E., Ayranci, U., y Kosgeroglu, N. (2013). Prevalence of postpartum depression in mothers and fathers and its correlates. *Journal of Clinical Nursing, 22*(1–2), 279–284. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04281.x

Sahin, E., y Memnun, I. (2018). Depressive symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-8. https://doi.org/10.1111/ppc.12334

Sheela, C. N., y Venkatesh, S. (2016). Screening for Postnatal Depression in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India, 66*(1), 72–76. https://doi.org/10.1007/s13224-015-0766-x

Sheydaei, H., Ghasemzadeh, A., Lashkari, A., y Ghorbani Kajani, P. (2017). The effectiveness of mindfulness training on reducing the symptoms of postpartum depression. *Electronic Physician*, *9*(7), 4753–4758. https://doi.org/10.19082/4753

Shwartz, N., Shoahm-Vardi, I., y Daoud, N. (2019). Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: Ethnic inequalities and risk factors. *Midwifery, 70,* 54–63. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.011

Sierra, M., Carro, T. y Ladrón, M. (2002). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria, 30,* 103-111.

Silva, R., Jansen, K., Souza, L., Quevedo, L., Barbosa, L., Moraes, I., … Pinheiro, R. (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(2), 143-148. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000200005

Silveira, M. L., Ertel, K. A., Dole, N., y Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 18,* 409-421. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0525-0

Sit, D., Rothschild, A. J. y Wisner, K. L. (2006). A Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health, 15*(4), 352-368. https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.352

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.Y., y Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health, 15, 1-55*. https://doi.org/10.1177/1745506519844044

Smedberg, Lupattelli, Mardby, Overland y Nordeng (2015). The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy--a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries. *Archives of Women's Mental Health, 18,* 73-84. https://doi: 10.1007/s00737-014-0470-3.

Smith, M. V, Shao, L., Howell, H., Lin, H. y Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Maternal and Child Health Journal*, *15*(3), 401-409. https://doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6

Söderquist, J., Wijma, B., y Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *27*(2), 113–9. https://doi: 10.1080/01674820600712172.

Soet, J. E., Brack, G. A., y DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, *30*(1), 36–46.

Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., y Álvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *25*(4), 243–249.

Soto-Balbuena, C. (2019). Ansiedad, estrés y fobias durante el embarazo y postparto. En M. Rodriguez-Muñoz (Eds.), *Psicología perinatal: teoría y práctica* (pp. 55-82). Madrid: Ediciones Pirámide.

Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). Manual of State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto. California: Consulting Psichologists Press.

Spinelli, M. G. (2004). Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *American Journal of Psychiatry*, *161*(9), 1548-1557. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1548

Spiteri, G., Xuereb, R., Carrick-Sen, D., Kaner, E. y Martin, C. R. (2014). Preparation for parenthood: a concept analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32, 148–165. doi: 10.1080/02646838.2013.869578

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., . . . Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, *384*(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0

Stein, G. y Van den Akker, O. (1992). The retrospective diagnosis of postnatal depression by questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*(1), 67-75. http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(92)90115-I

Steiner, M., Dunn, E. y Born, L. (2003). Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, *74*(1), 67-83. http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00432-9

Steiner, M., Macdougall, M. y Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(3), 203-209. http://dx.doi.org/10.1007/s00737-003-0018-4

Stewart, R. C., Umar, E., Tomenson, B. y Creed, F. (2013). Validation of screening tools for antenatal depression in Malawi. A comparison of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Self Reporting Questionnaire. *Journal of Affective Disorders*, *150*(3), 1041-1047. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.036

Stuebe, A. M., Grewen, K., y Meltzer-Brody, S. (2013). Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *Journal of Women's Health (2002)*, *22*(4), 352–361. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3768

Su, K. P., Chiu, T. H., Huang, C. L., Ho, M., Lee, C. C., Wu, P. L., … Pariante, C. M. (2007). Different cutoff points for different trimesters? The use of Edinburgh Postnatal Depression Scale and Beck Depression Inventory to screen for depression in pregnant Taiwanese women. *General Hospital Psychiatry*, *29*(5), 436–441. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.05.005

Sylven, S. M., Ekselius, L., Sundstrom-Poromaa, I., y Skalkidou, A. (2013). Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, *92*(2), 178–184. https://doi.org/10.1111/aogs.12041

Taherifard, P., Delpisheh, A., Shirali, R., Afkhamzadeh, A., y Veisani, Y. (2013). Socioeconomic, psychiatric and materiality determinants and risk of postpartum depression in border city of ilam, Western iran. *Depression Research and Treatment*, *2013*, 653471. https://doi.org/10.1155/2013/653471

Takahashi, Y., y Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, *76*(1–2), 129–138.

Tavares, D., Quevedo, L., Jansen, K., Souza, L., Pinheiro, R., y Silva, R. (2012). Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(3), 270–6. https://doi.org/10.1016/j.rbp.2011.12.001

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. y Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1-3), 142-148. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005

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*, 7. https://doi.org/10.1017/sjp.2014.7

The Centre of Perinatal Excellence (2017). *Mental health care in the perimatal period. Australian clinical practice guideline.* Melbourne: Australian Government. National health and medical research council.

Thompson, O. y Ajayi, I. (2016). Prevalence of antenatal depression and associated risk factors among pregnant women attending antenatal clinics in Abeokuta north local government area, Nigeria. *Depression Research and Treatment,* 16, 1-15. https://doi.org/10.1155/2016/4518979

Tietz, A., Zietlow, A. L., y Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial rol of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance bahaviour. *Archives of Women´s Mental Health,* 17, 433-442. doi: 10.1007/s00737-014-0423-x.

Toreki, A., Ando, B., Kereszturi, A., Sikovanyecz, J., Dudas, R. B., Janka, Z., … Pal, A. (2013). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery*, *29*(4), 308-315. https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.011

Torner, L., y Neumann, I. D. (2002). The brain prolactine system: involvement in stress response adaptations in lactation. *Stress, 5*(4), 249-257. https://doi.org/10.1080/1025389021000048638

Treacy, A., Robson, M. y O'Herlihy, C. (2006). Dystocia increases with advancing maternal age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *195*(3), 760-763. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2006.05.052

Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C. y Bottéro, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*(2), 157-165. https://doi.org/10.1080/10673220902891802

Troutman, B. R., y Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*(1), 69-78. https://doi.org/10.1037/0021-843X.99.1.69

Tsao, Y., Creedy, D. K., y Gamble, J. (2015). Prevalence and psychological correlates of postnatal depression in rural Taiwanese women. *Health Care for Women International*, *36*(4), 457–474. https://doi.org/10.1080/07399332.2014.946510

Turkcapar, A. F., Kadioglu, N., Aslan, E., Tunc, S., Zayifoglu, M., y Mollamahmutoglu, L. (2015). Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15,* 101–108. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0532-1

Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D. H., y Fainman, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry, 178*(6), 556–560. https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.556

Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E.R., y Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 19*, 711-720. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0629-1

Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., y Nojomi, M. (2019). The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women and Birth, 32*(2), 238–242. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014

Van Bussel C.H., J., Spitz, B. y Demyttenaere, K. (2009). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders, 114*(1-3), 232-242. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.018

Van den Bergh, B. R.H., y Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development, 75*(4), 1085-1097. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x

Van den Bergh, B. R. H., Mulder, E. J. H., Mennes, M., y Glover, V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*(2), 237–258. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.10.007

Van den Bergh, B. R. H., Van Calster, B., Smits, T., Van Huffel, S., y Lagae, L. (2008). Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood. *Neuropsychopharmacology, 33*(3), 536-545. https://doi.org/1301450

Van Heyningen, T., Honikman, S., Tomlinson, M., Field, S. y Myer, L. (2018). Comparison of mental health screening tools for detecting antenatal depression and anxiety disorders in South African women. *PloS One, 13*(4), e0193697. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193697

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*(3), 403-422.

Vázquez, M. B. y Míguez, M. C. (2019). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *Journal of Affective Disorders, 246*, 515-521. https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.12.075

Verbeek, T., Arjadi, R., Vendrik, J. J., Burger, H. y Berger, M. Y. (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the

developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*, *15*, 292. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0671-y

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., y Khalife, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *35*(3), 84–91. https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.947953

Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *65*(7), 805. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805

Vigod, S. N., Tarasoff, L. A., Bryja, B., Dennis, C. L., Yudin, M. H., y Ross, L. E. (2013). Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, *185*(13), 1129–1135. https://doi.org/10.1503/cmaj.122028

Vilouta, M., Álvarez, E., Borrajo, E. y González-González, A. (2006). Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, *33*(6), 208-211. https://doi.org/10.1016/S0210-573X(06)74118-1

Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P., Docx, R., Lenaerts, M., Tang, E., y Kempke, S. (2013). Hospitalization-Based Treatment for Postpartum Depressed Mothers and Their Babies: Rationale, Principles, and Preliminary Follow-Up Data. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *76*(2), 150–168. https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.150

Vythilingum, B. (2010). Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD? *Archives of Women's Mental Health*, *13*(1), 49–50. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0118-x

Valdés, M., y Garcia-Esteve, L. (2017). Estrés prenatal materno. En L. Garcia-Esteve y M. Valdés (Eds.), Manual de psiquiatría perinatal: guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia (pp. 43-55). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Waldie, K. E., Peterson, E. R., D'Souza, S., Underwood, L., Pryor, J. E., Carr, P. A., … Morton, S. M. B. (2015). Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 66-73. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.009

Wang, S.Y., Chen, C.H., Chin, C.C., y Lee, S.L. (2005). Impact of Postpartum Depression on the Mother-Infant Couple. *Birth*, *32*(1), 39–44. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00335.x

Wang, L., Shen, X., Wu, Y., y Zhang, D. (2016). Coffee and caffeine consumption and depression: A meta-analysis of observational studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(3), 228–242. https://doi.org/10.1177/0004867415603131

Webster, J., Linnane, J., Dibley, L. W. y Pritchard, M. (2000). Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Journal of Obstetrics & Gynaecology, 40,* 409-412. http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.2000.tb01170.x

Weinstock, M. (2005). The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain, Behavior, and Immunity*, *19*(4), 296-308. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2004.09.006

Weng, S. C., Huang, J. P., Huang, Y. L., Lee, T. S., y Chen, Y. H. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, *16*, 623–016–3254–z. https://doi.org/10.1186/s12889-016-3254-z

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., y Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(3), 295–311. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001

Weobong, B., Asbroek, A. H. A., Soremekun, S., Manu, A. A., Owusu-Agyei, S., Prince, M. y Kirkwood, B. R. (2014). Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: findings from the DON population-based cohort study. *PloS One*, *9*(12), e116333. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116333

Weobong, B., Asbroek, A. H. A., Soremekun, S., Gram, L., Amenga-Etego, S., Danso, S., … Kirkwood, B. R. (2015). Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open*, *5*(8), e006509. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006509

Werner, E., Zhao, Y., Evans, L., Kinsella, M., Kurzius, L., Altincatal, A., … Monk, C. (2013). Higher maternal prenatal cortisol and younger age predict greater infant reactivity to novelty at 4 months: an observation-based study. *Developmental Psychobiology*, *55*(7), 707-718. https://doi.org/10.1002/dev.21066

Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. y Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine, 12*(7), 439-445. https://dx.doi.org/10.1046%2Fj.1525-1497.1997.00076.x

Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., … Weissman, M.M. (2011). Children of Depressed Mothers 1 Year After Remission of Maternal Depression: Findings From the STAR*D-Child Study. *American Journal of Psychiatry*, *168*(6), 593–602. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10010032

Wisner, K. L., Peindl, K. y Hanusa, B. H. (1994). Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of Affective Disorders*, *30*(2), 77-87. https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)90034-5

Wisner, K. L., Sit, D. K., Hanusa, B. H., Moses-Kolko, E. L., Bogen, D. L., Hunker, D. F., … Singer, L. T. (2009). Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(5), 557-566. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08081170

Wissart, J., Parshad, O., y Kulkarni, S. (2005). Prevalence of pre- and postpartum depression in jamaican women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 5*, 15-15. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-5-15

Woody, C.A., Ferrari, A.J., Siskind, D.J., Whiteford, H.A., y Harris, M.G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003

Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M. Y., y Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*(1), 61.e1-61.e7. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041

Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., y Brown, S.J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 122*(3), 312-321. https://doi.org/10.1111/1471-0528.12837

World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68884/a85573.pdf?sequence=1

Wyatt, T., Shreffler, K. M., y Ciciolla, L. (2018). Neonatal intensive care unit admission and maternal postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–10. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1548756

Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., y Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, *19*(9), 637–643. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008

Xiong, R., Deng, A., Wan, B., y Liu, Y. (2018). Prevalence and factors associated with postpartum depression in women from single-child families. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *141*(2), 194–199. https://doi.org/10.1002/ijgo.12461

Yanikkerem, E., Ay, S., Mutlu, S. y Goker, A. (2013). Antenatal depression: Prevalence and risk factors in a hospital based Turkish sample. The *Journal of the Pakistan Medical Association*, *63*(4), 472-477.

Yonkers, K. A., y Chantilis, S. J. (1995). Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 173*(2), 632–638. https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90295-3

Yonkers, K. A., Ramin, S. M., Rush, A. J., Navarrete, C. A., Carmody, T., March, D., … Leveno, K. J. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1856-1863. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1856

Yonkers, K. A., O'Brien, P. S. y Eriksson, E. (2008). Premenstrual syndrome. *Lancet, 371*(9619), 1200-1210. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60527-9

Yonkers, K., A., Smith, M. V., Gotman, N. y Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, *31*(4), 327-333. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.005

Youash, S., Campbell, M. K., Avison, W., Penava, D., Sharma, V., y Xie, B. (2013). Influence of health information levels on postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(6), 489–498. https://doi.org/10.1007/s00737-013-0368-5

Yu, Y., Li, M., Pu, L., Wang, S., Wu, J., Ruan, L., … Jiang, W. (2017). Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(5), 695–701. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s00737-017-0754-5

Yusuff, A. S., Tang, L., Binns, C. W., y Lee, A. H. (2015). Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: a cohort study. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, *28*(1), 25–29. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.11.002

Yusuff, A., S., Aza Sherin, Tang, L., Binns, C. W., y Lee, A. H. (2016). Breastfeeding and postnatal depression: a prospective cohort study in Sabah, Malaysia. *Journal of Human Lactation*, *32*(2), 277–281. https://doi.org/10.1177/0890334415620788

Zajicek-Farber, M. L. (2009). Postnatal depression and infant health practices among high-risk women. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(2), 236–245. https://doi.org/10.1007/s10826-008-9224-z

Zhao, Y., Kane, I., Mao, L., Shi, S., Wang, J., Lin, Q. y Luo, J. (2016). The prevalence of antenatal depression and its related factors in chinese pregnant women who present with obstetrical complications. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(3), 316-321. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.11.012

Zhao, Y., Kane, I., Wang, J., Shen, B., Luo, J. y Shi, S. (2015). Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to

identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. *Psychiatry Research*, *226*(1), 113-119. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.016

Zhao, Y., Munro-Kramer, M. L., Shi, S., Wang, J. y Luo, J. (2017). A randomized controlled trial: effects of a prenatal depression intervention on perinatal outcomes among Chinese high-risk pregnant women with medically defined complications. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(2), 333-344. https://doi.org/10.1007/s00737-016-0712-7

Zhao, Y., Munro-Kramer, M. L., Shi, S., Wang, J. y Zhao, Q. (2018). Effects of antenatal depression screening and intervention among Chinese high-risk pregnant women with medically defined complications: A randomized controlled trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-9. https://doi.org/10.1111/eip.12731

Zubaran, C., y Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare, 4*(1), 9–15. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.12.001

Zung, W. W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry, 12*, 63-70.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

VII. APÉNDICES

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 1. Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

Secretaria Técnica
Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
Secretaria Xeral. Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tel: 881 546425; ceic@sergas.es

galicia

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE PONTEVEDRA-VIGO-OURENSE

María Asunción Verdejo González, secretaria del Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 14/07/2015 el estudio:

Título: Depresión en el embarazo y postparto: prevalencia y factores asociados
Promotor: *M.ª Belén Vázquez Gómez*
Código de Registro: 2015/437

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular nº 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para la realización del estudio **por el/la investigador/a del centro:**

Centros	Investigadores Principales
C.H. Universitario de Ourense	M.ª Belén Vázquez Gómez

NOTA: Con el compromiso de tener disponible el modelo de consentimiento informado ante testigos para aquellos participantes que no sean capaces de leer o escribir.

En Vigo, a 22 de julio de 2015
La secretaria

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 2. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Somos un grupo de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela que estamos realizando un estudio sobre el ESTADO EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO Y POSTPARTO.

Por este motivo, solicitamos su colaboración en calidad de gestante en su primer trimestre de embarazo, mediante la cumplimentación de una serie de cuestionarios en el embarazo y a lo largo del postparto.

Para cualquier duda o consulta al respecto puede ponerse en contacto con la responsable de la investigación, la Profesora Dra. Mª Carmen Míguez en el teléfono 881813740 o en el correo electrónico mcarmen.miguez@usc.es

La información que proporcione será totalmente confidencial y solo será utilizada con fines científicos.

Muchas gracias por su colaboración.

La abajo firmante otorga su consentimiento para poder analizar los datos proporcionados en los cuestionarios de esta investigación.

Ourense, a_____ de _____de 20_

Nombre y firma de la participante: _____

Nombre y firma de la investigadora:

_____

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 3. Cuestionario del primer trimestre de embarazo

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE SOBRE VD. ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO SUJETA AL SECRETO PROFESIONAL DE NUESTRO CÓDIGO DEONTOLÓGICO. SU INTERÉS ES EXCLUSIVAMENTE A NIVEL DE UNA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA
1º TRIMESTRE Nº _____

1. Fecha: _____

2. Nombre y Apellidos: _____

3. Fecha de nacimiento: _____
4. Edad: _____
5. Dirección de su domicilio:
Población _____
Ayuntamiento _____
Telf. Móvil: _____

6. Estado civil:
- Soltera…….□
- Casada/vive en pareja…….□
- Divorciada/separada……□
- Viuda……...□

7. ¿Cuántos hijos tiene? _____

8. Nivel de Estudios:

9. Profesión: _____

10. Situación laboral actual:
- Trabaja……..□
- En paro…… □
- Baja laboral……...□
- Pensionista……□
- Otros_____

11. ¿El embarazo le ha influido sobre su situación laboral?
- Sí □ ¿de qué manera?_____
- No □

12. Indique cuáles son sus ingresos mensuales:
- ≤ 1000 euros……...□
- Entre 1001 y 1500 euros……□
- Entre 1501 y 2000 euros……□
- Entre 2001 y 3000 euros……□
- Entre 3001 y 4000 euros……□
- Más de 4000 euros……□
- No contesta……□

13. Cuando se quedó embarazada ¿iba buscando el embarazo?
- Sí □ - No □

14. ¿Se ha sometido a algún tratamiento de fertilidad en este embarazo?
- Sí □ ¿De qué tipo? _____
- No □

15. Semana de embarazo actual: _____

16. ¿Cuál fue su reacción al confirmar que estaba embarazada?
- Alegría □
- Resignación □
- Enfado □
- Otras reacciones _____

17. Peso al inicio de su embarazo _____

18. Estatura _____

19. Escriba en orden cronológico el año de cada embarazo incluidos los abortos. A continuación, rodee con un círculo la opción que corresponda:

Año	Tipo parto y/o Aborto
	Aborto voluntario/Aborto espontáneo/Aborto provocado/
	Aborto voluntario/Aborto espontáneo/Aborto provocado/
	Aborto voluntario/Aborto espontáneo/Aborto provocado/
	Aborto voluntario/Aborto espontáneo/Aborto provocado/

20. ¿Ha sufrido alguna complicación en este embarazo?
- Sí □ ¿Cuál? _____
- No □

21. Desde que está embarazada ¿Ha intentado modificar algún hábito de su vida? (ej. alimentacion, ejercicio, dejar de fumar, etc…)
- Sí □ - Cuáles_____
- No □

22. En algún momento de su vida usted ha sido diagnosticada o ha estado a tratamiento de algún trastorno psicológico/psiquiátrico?
- Sí □ - cuál: _____
- No □ - cuándo: _____

23. ¿Actualmente está a tratamiento por depresión? - Sí □ - No □

24. Actualmente, ¿cuál es su situación en relación al tabaco?
- Fumadora □
- No fumadora □

25. ¿Actualmente toma algún fármaco
- Sí □ ¿Cuáles? _____
- No □

26. Indique el promedio de consumiciones que suele realizar de las siguientes bebidas y sustancias en un día normal de la semana y en un sábado o domingo:

Indicar el número	Día normal	Sábado/ Domingo
Cañas o cervezas		
Copas o vasos de vino		
Copas de coñac, whisky, gintonic, etc.		
Tazas de café		
Tazas de té (nº)		
Cannabis		
Cocaína		
Heroína		
Otras		

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

APÉNDICE 4. Cuestionario del segundo trimestre de embarazo

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE SOBRE VD. ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO SUJETA AL SECRETO PROFESIONAL DE NUESTRO CÓDIGO DEONTOLÓGICO. SU INTERÉS ES EXCLUSIVAMENTE A NIVEL DE UNA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

2º TRIMESTRE Nº _____
Fecha: _____

1. Nombre y Apellidos:
_____

2. Semana de embarazo actual: _____

3. ¿Actualmente toma algún fármaco,
- Sí □ ¿Cuáles? _____
- No □

4. En los últimos meses, ¿el embarazo ha influido sobre su situación laboral?
- No □ - Sí - ¿de qué manera?
_____

5. ¿Ha sufrido alguna complicación durante este embarazo? -No□ - Sí □
¿Cuál? _____

6. Desde que está embarazada ¿Ha intentado modificar algún hábito de su vida? (ej. alimentación, ejercicio, dejar de fumar, etc…) -No □ - Sí □
- Cuáles_____

7. Actualmente, ¿cuál es su situación en relación al tabaco?
- Fumadora □
- No fumadora □

8. Indique cualquier comentario que VD. desee añadir:
_____
_____
_____

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 5. Cuestionario del tercer trimestre de embarazo

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE SOBRE VD. ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO SUJETA AL SECRETO PROFESIONAL DE NUESTRO CÓDIGO DEONTOLÓGICO. SU INTERÉS ES EXCLUSIVAMENTE A NIVEL DE UNA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

3º TRIMESTRE Nº _____
Fecha: _____

1. Nombre y Apellidos:
_____

2. Semana de embarazo actual: _____

3. En los últimos meses, ¿el embarazo le ha influido sobre su situación laboral? - No □ - Sí □ ¿de qué manera?
_____

4. ¿Ha sufrido alguna complicación durante este embarazo? -No □ - Sí □
Cuál? _____

5. Desde que está embarazada ¿ha intentado modificar algún hábito de su vida? (ej. alimentación, ejercicio, dejar de fumar, etc…) - No □ - Sí □
- Cuáles_____

6. ¿Está asistiendo a clases de preparación maternal?
- Sí □ - ¿por qué? _____
- No □ - ¿por qué? _____

7. ¿Tiene pensado dar el pecho a su hijo?
-Sí □ - ¿por qué? _____
-No □ - ¿por qué? _____

8. Si ha tenido más hijos, ¿en el/los embarazo/s y/o postpartos anteriores empeoró su estado de ánimo?
- Sí □ - No □
- ¿En qué momento estuvo peor?
_____
- ¿Cuánto tiempo duró? _____
- ¿Cómo se sintió? _____

9. Actualmente, ¿cuál es su situación en relación al tabaco?
- Fumadora □
- No fumadora □

11. ¿Actualmente toma algún fármaco?
- No □ - Sí □ ¿Cuáles? _____
_____

12. Indique algún comentario que VD. desee añadir sobre cualquier aspecto de este cuestionario:
_____
_____
_____
_____

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 6. Cuestionario de los 2 meses postparto

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE SOBRE VD. ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO SUJETA AL SECRETO PROFESIONAL DE NUESTRO CÓDIGO DEONTOLÓGICO. SU INTERÉS ES EXCLUSIVAMENTE A NIVEL DE UNA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA
6-8 SEMANAS POSTPARTO

Nº _____
Semana Postparto_____
Fecha: _____
Nombre y Apellidos: _____
_____

1. ¿Ha sufrido alguna complicación durante su embarazo?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

2. ¿Cuánto peso ha ganado en el embarazo?
_____

3. ¿Cuánto pesa ahora? _____

4. ¿Ha asistido a clases de preparación maternal?
- No □ ¿Por qué? _____
- Sí □ Nº de clases_____

5. ¿Ha sufrido alguna complicación durante su parto?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

6. ¿De cuántas semanas estaba embarazada cuando tuvo lugar el parto? _____

7. Tipo de parto:
- Normal □ - Ventosa □
- Fórceps □ - Cesárea □

8. ¿Cuánto pesó el niño al nacer? _____

9. De los siguientes síntomas, marque con una X aquellos que ha sufrido los días posteriores a dar a luz:
- □ Estado de ánimo triste o deprimido
- □ Ansiedad o tensión
- □ Sentimientos de incomprensión
- □ Más contenta de lo habitual
- □ Me sentí como siempre
- □ Otros sentimientos ¿Cuáles?
_____

10. ¿Ha recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico durante el embarazo? - No □ - Sí □
Cuál/es_____

11. ¿Actualmente toma algún fármaco?
- No □ - Sí □
Cuál/es _____

12. ¿Cómo está alimentando a su bebé?
- □ Lactancia materna exclusiva
- □ Más 80% leche materna
- □ 50-80% leche materna
- □ 50% leche materna
- □ 20-50% leche materna
- □ Menos 20% leche materna
- □ Lactancia artificial exclusiva

13. ¿Cuál es su situación con respecto a la alimentación de su bebé?:
- Estoy dando el pecho actualmente □
- Nunca quise dar el pecho □
¿Por qué? _____
- Quería dar el pecho pero no pude □
¿Por qué? _____
- Empecé, pero lo dejé □
¿Cuándo lo dejó? _____
¿Por qué? _____

14. En una escala del 0 – 10 (cero corresponde a la puntuación más negativa y diez a la más positiva), ¿cómo calificaría su experiencia de embarazo? _____

15. En una escala del 0 – 10 ¿cómo calificaría la atención recibida durante el embarazo por parte de los profesionales? _____

16. En una escala del 0 –10 ¿cómo calificaría su experiencia de parto? _____

17. En una escala del 0 – 10 ¿cómo calificaría la atención recibida durante el parto por parte de los profesionales? _____

28. ¿Qué aspecto ha sido lo peor?
(Del embarazo y parto)

_____
_____

19. ¿Qué aspecto ha sido lo mejor?
(Del embarazo y parto)

_____
_____

20. Indique algún comentario que VD. desee añadir:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

APÉNDICE 7. Cuestionario de los 6 meses postparto

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE SOBRE VD. ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO SUJETA AL SECRETO PROFESIONAL DE NUESTRO CÓDIGO DEONTOLÓGICO. SU INTERÉS ES EXCLUSIVAMENTE A NIVEL DE UNA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

6 MESES POSTPARTO Nº _____
Nombre _____
Fecha _____
Semana postparto en la que se encuentra __

1. ¿Ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto en los últimos 6 meses?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

2. ¿Su hijo/a ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto en los últimos 6 meses?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

3. ¿Su hijo tiene alguna malformación y/o enfermedad?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

4. Su hijo/a ha tenido que estar hospitalizado/a en los últimos 6 meses desde el parto?
- No □ - Sí □ ¿Por qué? _____
_____

5. ¿Ha estado en contacto en los últimos 6 meses con algún grupo de apoyo para madres, apoyo a la lactancia u otros similares?
- No □ - Sí □

6. ¿Cuál es su situación laboral actual?
- Trabaja……□
- En paro……□
- Baja laboral……□
- Pensionista……..□
- Otros_____

7. ¿La maternidad le ha influido sobre su situación laboral?
- No □ - Sí □ ¿De qué manera?
_____

8. Su peso respecto a antes del embrazo es:
- Igual □
- Mayor □ _____Kg.
(Indique el número de Kg.)
- Menor □ _____Kg.
(Indique el número de Kg.)

9. ¿Ha recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico en los últimos 6 meses desde el parto?
- No □ - Sí □ Cuál/es_____
- ¿Por qué ha recibido tratamiento?
_____

10. ¿Actualmente toma algún fármaco?
- No □ - Sí □ Cuál/es _____

11. ¿Actualmente está a tratamiento por depresión? - No □ - Sí □

12. ¿Cómo está alimentando a su bebé?
- □ Lactancia materna exclusiva
- □ Lactancia mixta:
  - □ Más 80% leche materna
  - □ 50-80% leche materna
  - □ 50% leche materna
  - □ 20-50% leche materna
  - □ Menos 20% leche materna
- □ Lactancia artificial exclusiva

13. ¿Cuál es su situación con respecto a la alimentación de su bebé?:
- □ Estoy dando el pecho actualmente
- □ Nunca quise dar el pecho
¿Por qué? _____
- □ Quería dar el pecho pero no pude
¿Por qué? _____
- □ Empecé, pero lo dejé
¿Cuándo lo dejó? _____
¿Por qué lo dejó? _____

14. Hasta ahora, ¿qué ha sido o es para usted lo peor de la maternidad?

_____
_____

15. Hasta ahora, ¿qué ha sido o es para usted lo mejor de la maternidad?

_____
_____

16. Indique algún comentario que VD. desee añadir:

_____
_____
_____
_____

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

APÉNDICE 8. Cuestionario de los 12 meses postparto

TODA LA INFORMACIÓN QUE SE RECOGE SOBRE VD. ES TOTALMENTE CONFIDENCIAL, ESTANDO SUJETA AL SECRETO PROFESIONAL DE NUESTRO CÓDIGO DEONTOLÓGICO. SU INTERÉS ES EXCLUSIVAMENTE A NIVEL DE UNA INVESTIGACIÓN.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

FACULTADE DE PSICOLOXÍA

12 MESES POSTPARTO Nº _____
Nombre _____
Fecha _____
MES postparto en el que se encuentra ____

1. Durante este año, ¿Ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

2. Durante este año ¿Su hijo/a ha sufrido alguna complicación relacionada con el parto?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

3. ¿Su hijo tiene alguna malformación y/o enfermedad?
- No □ - Sí □ ¿Cuál? _____

4. Durante este año ¿Su hijo/a ha tenido que estar hospitalizado/a?
- No □ - Sí □ ¿Por qué?

_____
_____

5. Si trabaja, ¿La maternidad le ha influido sobre su situación laboral?
- No □ - Sí □ ¿De qué manera?

_____

6. ¿Cuántos meses tenía su hijo cuando usted se reincorporó a su trabajo? _____

7. ¿Cuál es su situación laboral actual?
- Trabaja……□
- En paro……□
- Baja laboral……□
- Pensionista……..□
- Otros_____

8. Su peso respecto a antes del embrazo es:
- Igual □
- Mayor □ _____Kg.
  (Indique el número de Kg.)
- Menor □ _____Kg.
  (Indique el número de Kg.)

9. ¿Ha recibido tratamiento psicológico/psiquiátrico en el último año desde el parto?
- No □ - Sí □ Cuál/es_____
- ¿Por qué ha recibido tratamiento?

_____

10. ¿Actualmente toma algún fármaco?
- No □ - Sí □ Cuál/es _____

11. ¿Actualmente está a tratamiento por depresión? - No □ - Sí □

12. ¿Cuál es su situación con respecto a la alimentación de su bebé?:
- □ Estoy dando el pecho actualmente
- □ Dí el pecho a mi hijo/a (indique nº de semanas que duró la lactancia):
  _____semanas
- □ Nunca dí el pecho

13. ¿La maternidad ha influido en su relación de pareja?
- No □ - Sí □ ¿De qué manera?

_____

14. Desde el parto, ¿se ha divorciado/separado o está en trámites de divorcio/separación de su pareja?
- No □ - Sí □

15. Hasta ahora, ¿qué ha sido o es para usted lo PEOR de la maternidad? (Puede marcar más de uno)

- □ Conciliar trabajo y familia
- □ Falta de sueño/descanso
- □ Falta de tiempo para mí
- □ Los cambios en mi aspecto físico consecuencia del embarazo/parto
- □ Poca involucración de mi pareja
- □ El llanto del bebé
- □ El pensar que le pueda pasar algo malo a mi hijo
- □ Otros: _____

16. Hasta ahora, ¿qué ha sido o es para usted lo MEJOR de la maternidad?

_____
_____
_____
_____

17. Indique algún comentario que VD. desee añadir:

_____
_____
_____
_____

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

APÉNDICE 9. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

EPDS. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a **cómo se ha sentido en los ULTIMOS 7 DÍAS**, no solamente a como se siente hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
- □ Tanto como siempre
- □ No tanto ahora
- □ Mucho menos
- □ No, no he podido

2. He mirado al futuro con placer
- □ Tanto como siempre
- □ Algo menos de lo que solía hacer
- □ Definitivamente, menos que antes
- □ No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
- □ Sí, la mayoría de las veces
- □ Sí, algunas veces
- □ No muy a menudo
- □ No, nunca

4. He estado ansiosa o preocupada sin motivo
- □ No, para nada
- □ Casi nada
- □ Sí, a veces
- □ Sí, a menudo

5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin motivo alguno
- □ Sí, bastante
- □ Sí, a veces
- □ No, no mucho
- □ No, nada

6. Las cosas me oprimen o me agobian
- □ Sí, la mayor parte de las veces
- □ Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
- □ No, casi nunca
- □ No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
- □ Sí, la mayoría de las veces
- □ Sí, a veces
- □ No muy a menudo
- □ No, nada

8. Me he sentido triste o desgraciada
- □ Sí, casi siempre
- □ Sí, bastante a menudo
- □ No muy a menudo
- □ No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando
- □ Sí, casi siempre
- □ Sí, bastante a menudo
- □ Sólo en ocasiones
- □ No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma
- □ Sí, bastante a menudo
- □ A veces
- □ Casi nunca
- □ No, nunca

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 10. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

STAI. A continuación, le presentamos varias frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED AHORA MISMO**.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmada	0	1	2	3
2. Me siento segura	0	1	2	3
3. Estoy tensa	0	1	2	3
4. Estoy contrariada	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterada	0	1	2	3
7. Estoy preocupada por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansada	0	1	2	3
9. Me siento angustiada	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí misma	0	1	2	3
12. Me siento nerviosa	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada	0	1	2	3
14. Me siento atada "como oprimida"	0	1	2	3
15. Estoy relajada	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha	0	1	2	3
17. Estoy preocupada	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **COMO SE SIENTE USTED EN GENERAL,** en la mayoría de las ocasiones.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansada	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultaes se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo de masiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3
13. Me siento segura	0	1	2	3
14. No puedo afrontar las crisis o las dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólica)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecha	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tensa y agitada	0	1	2	3

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 11. Escala de Estrés Percibido (PSS)

PSS. Las preguntas de esta escala hacen referencia a sus **sentimientos y pensamientos durante el último mes**. Marque con una "X" **cómo usted se ha sentido o ha pensado.**

En el último mes, ¿con qué frecuencia…	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ha estado afectada por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
3. se ha sentido nerviosa o estresada?	0	1	2	3	4
4. ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. ha estado segura sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. ha estado enfadad porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 12. Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-Unk

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación en relación al **grado de satisfacción con el apoyo recibido**	**Mucho menos de lo que deseo**	**Menos de lo que deseo**	**Ni mucho ni poco**	**Casi como deseo**	**Tanto como deseo**
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enferma en la cama	1	2	3	4	5

USC
UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO
DE COMPOSTELA

APÉNDICE 13. The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)

PSST. ¿Experimenta usted alguno o ninguno de los siguientes síntomas premenstruales que comienzan antes de su periodo y ceden a los pocos días del sangrado? (Marque con una X la opción que corresponda en la siguiente tabla).

Síntoma	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Enfado/Irritabilidad				
2. Ansiedad/Tensión				
3. Aumento de la sensibilidad al rechazo				
4. Estado de ánimo deprimido/desesperación				
5. Disminución del interés en las actividades del trabajo				
6. Disminución del interés en las tareas domésticas				
7. Disminución del interés por las actividades sociales				
8. Dificultad de concentración				
9. Fatiga/Falta de energía				
10. Comer en exceso/Ansiedad por la comida				
11. Insomnio				
12. Hipersomnia (necesidad de dormir más)				
13. Sentirse abrumada o fuera de control				

Los síntomas marcados anteriormente interfieren con:

Síntoma	Nada	Algo	Bastante	Mucho
A. Tu eficiencia o productividad en el trabajo				
B. Las relaciones con los compañeros de trabajo				
C. Tus relaciones con tu familia				
D. Tu vida social				
E. Tus responsabilidades en casa				