



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2014-15

TRABALLO FIN DE GRAO

Paridad y Depresión Postparto

Raquel González Martínez

Titor Académico: Prof. Manuel Gómez Tellado

Xullo 2015

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE A CORUÑA

INDICE

RESUMEN. RESUMO. ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	9
DESENVOLVIMIENTO	10
RESULTADOS	12
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	22
ANEXO	23
BIBLIOGRAFÍA	26

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto (DPP) se clasifica como depresión mayor en el DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). Es la alteración en el estado de ánimo más importante relacionada con el nacimiento, afectando al 10-15% de las mujeres. Sin embargo, a menudo no es reconocida ni tratada. Su diagnóstico, tratamiento y factores de riesgo plantean dificultades en su identificación.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de la relación existente entre paridad y Depresión Postparto

Material y Método: Revisión Bibliográfica Sistemática de artículos en español e inglés desde el 2005 hasta la actualidad en distintas bases de datos.

Resultados: Tras la lectura detallada de los estudios que cumplen los criterios de inclusión, se seleccionan 10 artículos.

Conclusiones: se evidencia que la relación entre paridad y Depresión Postparto, no tiene unos resultados homogéneos. Por tanto, se debe seguir investigando en este tema.

Palabras clave: Depresión postparto, paridad.

RESUMO

Introducción: A depresión postparto (DPP) clasifícase como depresión maior no DSM-IV-TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). É a alteración no estado de ánimo máis importante relacionada co nacemento, afectando ó 10-15% das mulleres. Sen embargo, a menudo non é recoñecida nin tratada. O seu diagnóstico, tratamento e factores de risco plantean dificultades na súa identificación.

Objetivo: Realizar unha revisión sistemática da relación existente entre paridade e Depresión Postparto

Material y Método: Revisión Bibliográfica Sistemática de artigos en español e inglés dende o 2005 ata a actualidade en distintas bases de datos.

Resultados: Tras a lectura detallada dos estudos que cumpren os criterios de inclusión, seleccionáronse 10 artigos.

Conclusiones: evidenciábase que a relación entre paridade e Depresión Postparto, non ten uns resultados homoxéneos. Por tanto, débese seguir investigando neste tema.

Palabras clave: Depresión postparto, paridade.

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression (PPD) is classified as major depression in DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). It is the alteration in the status of most important birth related mood, affecting 10-15% of women. However, it is often unrecognized and untreated. Diagnosis, treatment and risk factors present difficulties in identification.

Objective: To conduct a systematic review of the relationship between parity and Postpartum Depression

Methods: Systematic Literature Review of articles in Spanish and English from 2005 to the present in various databases.

Results: After reading the detailed studies that met the inclusion criteria, 10 items are selected.

Conclusions: evidence that the relationship between parity and postpartum depression, no consistent results. Therefore, you should continue investigating on this issue.

Keywords: Postpartum Depression parity.

INTRODUCCIÓN

La Depresión Postparto (**DPP**) es la condición psiquiátrica que más presentan las mujeres en el primer año postparto¹. Alrededor de un 10-15% de las mujeres, la pueden experimentar^{2,3,4}. Tiene una prevalencia 3 veces superior en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados^{5,6,7}. Es una enfermedad que afecta a mujeres en el postparto de todo el mundo independientemente de la raza, cultura o nacionalidad. A pesar de la alta incidencia de esta enfermedad mental, a menudo no es reconocida ni tratada. Las matronas y otros profesionales de la salud pueden identificar a las madres con riesgo⁸.

La transición a la maternidad es el período de mayor vulnerabilidad a problemas emocionales, a pesar del estereotipo de que la fase perinatal es un período de felicidad. Las nuevas madres se enfrentan a múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales debido al estrés y a la demanda de ser madre, que requiere ajustes y que la hacen más vulnerable a la aparición de trastornos en la esfera psíquica^{6,8,9}. Las madres tienden a ver esta situación como normal y no buscar ayuda ni tratamiento. Además, su entorno suele esperar que cumpla con su función materna, independientemente de su estado físico o mental. Sin embargo es una situación seria, que puede tener consecuencias a corto y largo plazo para el binomio madre-niño y la familia^{3,4,9,10}.

Un momento especialmente crítico es la llegada al hogar de una madre recién parida y dada de alta en el hospital. Es aquí cuando se enfrenta por primera vez a la responsabilidad del cuidado de un bebé sin la ayuda profesional junto con su recuperación física, psíquica y social⁸.

La Depresión Postparto se **define** en el Diagnostic and Statistical Manual-IV (**DSM-IV**)¹¹ como “un trastorno depresivo mayor, sin síntomas psicóticos, que debuta a los largo de las 4 semanas posteriores al parto”^{1,6,10}, aunque su pico suele darse entre la 10-15 semana y durar un año o más^{1,5,12}.

La **clínica** es similar a la depresión observada en otras etapas de la vida, pero con algunas peculiaridades¹⁰. El humor deprimido o bajo estado de ánimo y falta de interés y placer en las actividades (anhedonia) son los síntomas cardinales, como en cualquier otra depresión. Pero aquí, además, tiene otra clínica específica de esta etapa de la vida como sentimientos de incapacidad para hacer frente al cuidado del recién nacido o sentimientos de culpa por no estar amamantando. Las madres con DPP, tienen un comportamiento menos cariñoso, son menos sensibles a las necesidades de sus hijos y están más retiradas en comparación con las que no la tienen¹. Presenta un grado de ansiedad que incluso puede superar al humor depresivo.

La sintomatología depresiva^{3,5} se caracteriza por cambios en el humor, disminución de la vitalidad, reducción del nivel de actividad, cansancio exagerado, disminución de la atención y concentración, falta de memoria, pérdida de confianza en sí misma, sentimientos de inferioridad, culpabilidad e inutilidad, perspectiva sombría del futuro, trastornos de sueño, pérdida del apetito.

Existen **factores de riesgo** que predisponen al desarrollo de DPP. Se clasifican en función de su asociación con DPP como de alto, medio o bajo impacto^{2,5}. Los predictores más fuertes de DPP son¹:

- Experiencia de depresión o ansiedad en embarazo
- Enfermedad depresiva anterior

Como moderado impacto:

- Acontecimientos vitales estresantes
- Falta o inadecuado apoyo social
- Problemas maritales
- Otros factores psicológicos (disforia premenstrual, antecedentes familiares de depresión mayor...)

Con bajo impacto:

- Factores obstétricos (enfermedad del recién nacido, dificultad en la lactancia materna, antecedentes de patologías en el embarazo,

parto por cesárea, actitud negativa hacia el embarazo, embarazo no deseado...)

- Bajo nivel socio económico

Estos factores, deberían evaluarse en el embarazo para su identificación temprana y puesta en marcha de acciones preventivas y/o tratamiento, que aliviaría meses de sufrimiento en la nueva madre.

Para el **diagnóstico** de depresión postparto es necesaria una entrevista cuidadosa a cada parturienta cuya duración fuese de 45 a 60 minutos¹⁰. Como para esto se necesitaría dedicar mucho tiempo a cada una de las mujeres, se utiliza como medio de cribado la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo (**EPDS**)^{4,5,13,14}, que es de rápida aplicación (unos cinco minutos) y nos separa a las mujeres en riesgo de DPP de las que no lo están (ver anexo). A partir de ahí, se realizaría la entrevista a las mujeres en riesgo. Desde su publicación, viene siendo empleada y validada en varios países y culturas, y traducida al menos a 23 idiomas diferentes. Tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%. Consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. Los ítems son: 5 relacionados con disforia, 2 con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Las opciones tienen una puntuación que varía de cero a tres puntos de acuerdo a la severidad de los síntomas de modo que el resultado final varía entre 0 y 30 puntos. Las mujeres, marcan la respuesta en función de cómo se han sentido en los últimos 7 días³. La interpretación del resultado es:

- EPDS menor de 10, no tiene riesgo de DPP
- EPDS 10-11 puntos, límite para riesgo de DPP
- EPDS de 12 o superior, se considera como positivo y con riesgos de DPP, lo que justifica la realización de una entrevista diagnóstica.

Por tanto, el método más adecuado de diagnóstico de la depresión postparto parece ser el realizado en dos etapas: rastreo con el uso de la EPDS, seguido de entrevista diagnóstica en casos positivos². La EPDS ha

mostrado su utilidad en estudios realizados en varios países y culturas. Es una escala de rápida y fácil aplicación que hace visibles a las mujeres en riesgo de Depresión en esta etapa crucial de sus vidas. Estas mujeres son remitidas a las unidades de Salud Mental donde los psiquiatras les realizan una entrevista semiestructurada de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Trastornos Mentales (DSM-IV) diagnosticando así la presencia de Depresión Postparto.

La Depresión Postparto es una enfermedad grave que precisa tratamiento. Los pilares del **tratamiento** son:

- **Psicoeducación**,: Debería ser la primera parte del tratamiento. Consiste en explicar a la mujer y a su pareja lo que es la DPP. La finalidad es que entiendan la situación, que no se sientan culpables y que sepan que la madre volverá a ser ella misma cuando se recupere en unos meses¹³
- **Psicoterapia**: es otro pilar importante del tratamiento. Puede ser individual o grupal y ambas son igual de importantes. Con ella se intenta conseguir romper el aislamiento de las madres y ver que hay más mujeres en su misma situación¹³.
- **Tratamiento farmacológico**: Es importante saber que pocos pasan a la leche materna y que sus beneficios son mayores que sus riesgos. Entre los usados sin riesgo, están los **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**^{7,12,15,16} y los **Antidepresivos Tricíclicos (ADT)**^{12,15,17}. Es recomendable que el tratamiento se mantenga un mínimo de 6 meses¹³

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar una revisión bibliográfica de la evidencia científica más reciente sobre la Depresión postparto en relación a la paridad.

Objetivos específicos

- Analizar si la primiparidad es un factor de riesgo o protector en la depresión postparto
- Analizar si la multiparidad es un factor de riesgo o protector en la depresión postparto

DESENVOLVIMIENTO

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la mejor evidencia científica que existe entre la DPP en relación a la paridad. Las preguntas realizadas para dicha revisión, son:

- ¿Influye la paridad en la depresión postparto?
- En caso de influir, ¿lo hace cómo factor protector o de riesgo?

Esta revisión se realizó en dos fases, la primera de Localización y Selección de estudios relevantes y la segunda de Análisis de los estudios seleccionados.

Para localizar los estudios, se utilizan las siguientes palabras clave **(MeSH)**:

- **Postpartum depression (depresión postparto)**
- **Parity (paridad).**

Los artículos seleccionados para esta revisión, fueron de los últimos 10 años (2005-2015), tanto en inglés como en español.

Las **bases de datos** consultadas fueron:

- **MEDLINE**, base de datos de la National Library of Medicine
- **LILACS**, el más importante índice de literatura científica y técnica en salud de América Latina y el Caribe.

Las **fuentes primarias** consultadas, fueron los siguientes tratados de obstetricia:

- **Pedro Ación:** Patología psiquiátrica
- **Fabre:** Depresión Puerperal

Las fuentes primarias se han tenido en cuenta independientemente del año de publicación, dado el interés científico que tienen para este trabajo.

Se consultaron **documentos de Sociedades Científicas**:

- **Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus:** Trastornos psiquiátricos puerperales (2008)
- **Protocolos de la SEGO** (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia): Puerperio Normal y Patológico (2008)

El **período de búsqueda** seleccionado fue de 10 años (2005-2015). Los criterios para la **selección** de estudios eran que fuesen artículos originales y revisiones que incluyen en su título, resumen o texto los términos MeSH: Postpartum depression and parity.

El número de estudios encontrados fue el siguiente:

- Medline: 250
- Lilacs: 6

De estos 256 artículos obtenidos, se aplica el criterio de años (últimos 10 años), obteniéndose 157. De estos, se filtran por idiomas, incluyendo solo los escritos en inglés y español, quedando un total de 148. De todos ellos, se descartan 108 por el resumen, quedando un total de 40 de los que se realiza una lectura completa. De estos, finalmente se incluyeron 10 artículos que cumplen todos los criterios de inclusión.

RESULTADOS

1. Glavin K, Smith L, Sorum R. **Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway**³. Scand J Caring Sci. 2009 Dec; 23(4): 705-10. Citado en PubMed PMID: 19490523

Estudio realizado en dos grandes municipios de la parte oriental de **Noruega**. Los objetivos del mismo eran: describir la prevalencia de DPP en esos municipios e investigar si la edad y la paridad estaban relacionadas con su desarrollo.

La población de estudio fueron todas las mujeres con domicilio en estos dos municipios que cumplían los siguientes requisitos: ser mayor de 18 años, con suficiente capacidad de leer y entender noruego, no estar actualmente en tratamiento para la depresión y haber tenido un RN vivo entre el 1 de mayo 2005 y el 31 de diciembre de 2006. De un total de 3111 mujeres que dieron a luz en esas fechas y residentes en esos municipios, solo 2227 mujeres (437 de un municipio y 1790 del otro) cumplían los requisitos y aceptaron formar parte del estudio.

La herramienta usada fue EPDS a las seis semanas del postparto. Los resultados obtenidos fueron:

- en relación a la paridad, las **primíparas tenían más prevalencia de DPP que las multíparas**
- en función de la edad, **el grupo más vulnerable para tener DPP eran las primíparas de más de 36 años.**
- El grupo menos deprimido eran **las mujeres con edades entre los 29-35 años con más de un hijo.**

2. Alberto Moreno Zaconeta, Lucília Domingues Casulari da Motta, Paulo Sergio França. **Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en púerperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil**⁵. Rev chil obstet ginecol 2004; 69(3): 209-213

Otro estudio fue realizado en el Hospital Universitario de Brasilia, **Brasil**. Fue un estudio descriptivo observacional realizado entre el 8 Junio y el 8 Diciembre de 2001. El instrumento usado fue la EPDS y fue aplicada a las mujeres que se encontraban entre la octava y la décima segunda semana del postparto, abordadas en los consultorios de crecimiento y desarrollo pediátrico donde llevaban a sus hijos para consulta pediátrica de rutina. La muestra fueron 123 mujeres, de las cuales se descartan 6 por no contestar a todos los ítems de la EPDS.

Su resultado concluye que:

- **la paridad no ha demostrado ser un factor de riesgo significativo para la DPP.**
- Tampoco la edad, antecedentes de aborto o embarazo accidental, no han demostrado ser factores de riesgo significativos para la DPP.

3. Shimizu A, Nishiumi H, Okumura Y, Watanabe K. **Depressive symptoms and changes in physiological and social factors 1 week to 4 months Postpartum in Japan**⁶. J affect disord. 2015 jul 1;179:175-82. Citado en PubMed PMID: 25888938

Estudio de cohorte prospectivo realizado en **Japón**. El objetivo del mismo era evaluar los cambios fisiológicos y psicológicos de las madres tras el parto.

La muestra constaba de 65 madres japonesas, siendo 36 primíparas. Los criterios de selección fueron haber tenido un solo RN, sin anomalías, a término y sin complicaciones maternas. Del total, 11 abandonaron.

Como instrumentos de medida se usaron la EPDS, un cuestionario de Salud general (GHQ) con 28 ítems y 3 parámetros físicos: Frecuencia cardíaca y niveles en orina de catecolaminas y cortisol. Sus respuestas fisiológicas y psicológicas fueron medidas en 1 semana, 1 mes y 4 meses postparto. Los resultados fueron:

- **la paridad no influye en la puntuación de la EPDS, por lo que no es un factor de riesgo para DPP.**
- **Pueden sufrir de DPP tanto las multíparas como las primíparas.**
- **Toda madre en el postparto sufre cambios fisiológicos y mentales causados por el estrés de la crianza**

4. Drs. Ruth Perez Villegas, Katia Saez Carrillo, Lorena Alarcon Barra, Vanesa Aviles Acosta, Isabel Braganza Ulloa, Jocelyn Coleman Reyes. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo⁸ Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(3): 187-191

Estudio analítico observacional realizado en **Chile**, en el Policlínico Maternal adosado al H público San José de Coronel. El objetivo del mismo es analizar algunas variables sociodemográficas, obstétricas y perinatales asociadas al riesgo de DPP.

De las 259 mujeres que dieron a luz en dicho hospital, la muestra elegida al azar, fue de 50 puérperas mayores de 18 años que asistieron a control de planificación familiar a la 6ª semana posparto en ese hospital entre los meses de Julio a Septiembre del 2006. Fueron excluidas las mujeres con resultados perinatales adversos de mortalidad fetal/neonatal y las que tenían patología psiquiátrica de base.

Como escalas de medida, usaron la EPDS, la escala de nivel socioeconómico de GRAFFAR y una entrevista semiestructurada en la que recogían variables obstétricas y perinatales.

Los resultados concluyeron que:

- **no existían diferencias significativas entre la paridad y la DPP**

5. Staehelin K, Kurth E, Schindler C, Schmid M, Zemp Stutz E. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care results from a nested case-control study⁹ Swiss

Med Wkly. 2013 Aug 27; 143: w13862. Citado en PubMed PMID: 23986402.

Este estudio de casos y controles fue realizado en **Suiza** en el 2007 utilizando la base de datos nacional de estadística suiza de las matronas independientes que es actualizado anualmente¹. Contiene datos estandarizados sobre los servicios y cuidados proporcionados por las matronas independientes en Suiza y recogidos en las visitas domiciliarias a través de cuestionarios.

De una población de origen de 34.295 madres con atención domiciliaria en los 10 primeros días del parto por matronas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2007 y con RN vivo, se evaluaron un total de 4580 madres repartidas en 935 casos y 3645 controles. La DPP fue documentada en 546 de los casos (puesto que los casos son los que presentan “angustia materna”, incluyéndose aquí la DPP y otras alteraciones mentales del postparto). El objetivo del mismo, era proporcionar información sobre los factores de riesgo social, demográfico y materno en los primeros 10 días tras el parto. Permite, por tanto, tener una visión del postparto temprano, inmediatamente después del alta hospitalaria.

Los resultados arrojados por este estudio, fueron:

- De los distintos factores valorados, se llegó a la conclusión de que la **paridad más alta, múltipara (haber tenido 2 o más hijos) era el factor más protector de la angustia materna y por tanto de la DPP.**
- También son factores protectores los relacionados con el trabajo: empleo a tiempo completo antes del nacimiento y la intención de volver al trabajo tras el nacimiento.
- Consideran que hay que prestar especial atención a las madres que no viven en pareja, **primíparas** y con RN que llora excesivamente, ya que presentan más riesgo.

- Otros factores de riesgo importantes fueron: edad avanzada, niveles educativos más bajos, problemas con la lactancia materna, preocupación por el aumento de peso infantil y las patologías neonatales.

Una limitación importante de este estudio es no conocer el estado mental previo de las mujeres examinadas ya que los trastornos psicológicos preexistentes son un fuerte predictor de los problemas mentales en el postparto. Además, otra limitación importante es que en este estudio, se incluyó sólo a mujeres con la atención a domicilio de las matronas que cubre sólo el 50% de todas las mujeres de la maternidad en Suiza, por lo que la muestra no es representativa para toda la población de nuevas madres.

6. José Urdaneta M. MSc 1, Ana Rivera S. 1, José García I. PhD 2, Mery Guerra V. PhD 2, Nasser Baabel Z. PhD 2, Alfi Contreras B. **Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo**¹⁰. Rev chil obstet ginecol 2010; 75(5):312-320

Se realizó una investigación de tipo comparativa y aplicada, adecuada a los propósitos del diseño no experimental en la maternidad “Dr Armando Castillo Plaza”, de la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, **Venezuela**. El objetivo era comparar la prevalencia de DPP en primigestas y multíparas

La muestra fueron 100 púerperas atendidas allí en el 2009, repartiéndose en 2 grupos de 50 cada uno: primíparas y multíparas. Los criterios de inclusión fueron: puerperio tardío, edad entre 19-35 años, ausencia de enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, y deseo voluntario de participar en la investigación. Asimismo, se excluyeron a aquellas madres que fuesen analfabetas o con discapacidad visual, debido a las características del instrumento empleado, así como a las mujeres cuyos embarazos hubiesen culminado en muertes perinatales o con productos malformados. Como instrumentos usaron la EPDS y una

entrevista estructurada con 19 preguntas. La conclusión obtenida en este estudio fue:

- **No hay asociación estadísticamente significativa entre paridad y DPP. La primiparidad no mostró ser un factor determinante para la presencia de DPP, observándose similares puntuaciones entre primíparas y multíparas.**
- Existe una ideación suicida mayor en multíparas

7. Mayberry LJ, Horowitz JA, Declerq E. **Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum**²³. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007 Nov-Dec;36(6):542-9. Citado en PubMed PMID: 17973697

En el siguiente estudio transversal realizado en **EEUU**, se persiguieron 2 propósitos: Por un lado conocer la tasa y la gravedad de los síntomas depresivos en cuatro cohortes de mujeres en función del **tiempo** que había pasado desde el parto (0-6 meses, 7-12 meses, 13-18 meses y 19-24 meses) y por otro lado, conocer también la tasa y gravedad de los síntomas de depresión en función de la edad, ingresos, educación, **paridad**, situación laboral y raza.

La población escogida fueron las mujeres estadounidenses que cumplían los siguientes requisitos: haber tenido un solo RN vivo en los dos años anteriores a la encuesta, con capacidad para leer y hablar inglés y con edad entre 18 y 44 años. No es excluyente cualquier historia de depresión anterior.

Los datos para este estudio transversal, fueron recogidos a través de Escucha de Madres, una encuesta nacional patrocinada por Conexión Parto de Nueva York (antes Centro de Asociación de Maternidad) entre el 15 de mayo y el 16 de junio del 2002. El total de madres candidatas fueron 1583. De este total, el subconjunto de 1447 madres que completaron la encuesta por internet, fueron abordadas para completar la EPDS. Finalmente, la muestra útil fue de 1359 mujeres.

En los resultados, se evidencia:

- En relación a la **paridad, las multíparas eran más propensas que las primíparas a tener síntomas depresivos.**
- Los síntomas depresivos continuaban incluso en los 2 primeros años tras el parto
- La edad con más riesgo de síntomas depresivos era de 18 a 24 años
- El menor nivel de ingresos, se asociaba a más riesgo
- El bajo nivel de estudios, también se asociaba a más riesgo
- El empleo con menor jornada laboral era otro factor asociado a más riesgo de síntomas depresivos
- La raza no tenía relación

8. Satoh A, Kitamiya C, Kudoh H, Watanabe M, Menzawa K, Sasaki H. Factors associated with late post- partum depression in Japan²⁴. Jpn J Nurs Sci. 2009 Jun; 6(1):27-36. Citado en PubMed PMID: 19566637

En este estudio, se incluyeron 169 mujeres que dieron a luz en una ciudad rural de Aomori, en la parte norte de **Japón** entre enero y marzo de 2002 y que llevaron a su bebe a un control a los 4 meses al centro de salud. Se excluyeron a las madres de bebés cuyos pesos al nacer fueron inferiores a 2 kg. De las 205 mujeres que acudieron al centro de salud, 196 mujeres estuvieron de acuerdo en participar en el estudio y de esas, 169 son las que cubrieron un cuestionario distribuido directamente en el centro de salud, siendo la muestra de este estudio.

En el cuestionario, se preguntó acerca de: características físicas, factores obstétricos, cuidado del bebé, cooperación del marido y estructura familiar. La situación económica, la clase social y el nivel educativo no fueron analizados. Como herramienta, se usó la EPDS.

En los resultados obtenidos, se confirmó que:

- **Las puntuaciones en la EPDS fueron mayores para las primíparas que para las multíparas, lo que sugiere que las primíparas tienen más riesgo de desarrollar DPP.**
- El apoyo social y del marido, ayudan a reducir la sintomatología depresiva
- Las **multíparas** necesitan menos del cuidado materno (en la cultura japonesa, se llama SATOGAERI, y significa irse a vivir con la familia materna para recibir cuidados) lo que sugiere que tienen un **comportamiento psicológico más estable en relación a las primíparas.**

9. Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. **Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal**²⁵. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; 86(3): 291-7. Citado en PubMed PMID: 17364302

Estudio transversal realizado en **Nepal**. La población escogida fueron mujeres que habían dado a luz un niño vivo en las 5-10 semanas previas.

El estudio se realizó en tres partes: la primera parte (clínico), incluyó a mujeres que acudieron a un chequeo normal postnatal en el Hospital de Patan a los 45 días tras el parto. Aquí se incluyeron 216 mujeres; la segunda parte (rural) se llevó a cabo entre las mujeres que asistieron a dos puestos de salud rurales en el distrito de Lalitpur a las 6 semanas después de su fecha probable de parto. Cumplieron estos requisitos 103 mujeres; la tercera parte (urbana), se llevó a cabo en la ciudad de Patan y se incluyó a las mujeres que no asistieron a ninguna de las dos partes anteriores. Una visita sistemática de casa en casa antes de las entrevistas, identificó a las mujeres con una fecha de parto prevista en el período de estudio. Se entrevistaron en su casa a las 6 semanas tras su

fecha probable de parto. Fueron candidatas en esta tercera parte 271, pero finalmente, fueron válidas 128. En total, la muestra que cumplió todos los requisitos para formar parte del estudio, fue de 426 mujeres.

Como herramientas, se usaron la EPDS y un cuestionario general donde se recogía información general como: variables sociodemográficas básicas, datos de la familia (prácticas de apoyo en el hogar, problemas de alcohol), matrimonio (violencia), el estado de salud obstétrico y mental de las madres, altura, peso, índice de masa corporal (IMC), lactancia materna, sexo del bebé, experiencia de acontecimientos vitales estresantes en el año previo, si se alojaba en su casa materna o en su propio hogar.

Los resultados arrojados por este estudio son:

- Las variables más significativamente asociadas con mayor riesgo de depresión, eran la poligamia, vivir con un marido alcohólico y padecer depresión anterior
- **La multiparidad fue otro factor asociado significativamente con alta puntuación en la EPDS y riesgo de DPP**
- Los acontecimientos estresantes en el año anterior, la depresión en el embarazo y el ser fumador, también fueron factores de riesgo importantes

10. Torjesen. New mothers are most likely to be depressed four years after giving birth²⁸. BMJ. 2014 May 21;348:g3446. Citado en PubMed PMID: 24855221

Este estudio fue realizado en Melbourne, **Australia**. Los investigadores reclutaron a 1507 mujeres que dieron a luz su primer hijo en los 6 hospitales públicos de Melbourne. Estas mujeres completaron cuestionarios a los 3, 6, 12, 18 meses y a los 4 años tras el parto para proporcionar una evaluación de sus síntomas depresivos en la EDPS.

Los resultados encontrados fueron:

- **Las mujeres con un solo hijo (primíparas) en 4 años, tenían más del doble de posibilidades de tener síntomas depresivos que las mujeres con más hijos (multíparas)**
- La prevalencia de los síntomas depresivos a los cuatro años tras el parto, era mayor que en cualquier momento de los primeros 12 meses postparto.
- El predictor más fuerte de los síntomas depresivos a los cuatro años postparto fue haber tenido síntomas depresivos previos, ya sea en el embarazo temprano o en los primeros 12 meses tras el parto. También influyeron haber tenido abusos por parte de su pareja, edad materna joven (18 a 24 años), acontecimientos estresantes recientes en su vida y bajo nivel de ingresos.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

La mayoría de los artículos revisados, parten de la premisa de que la primiparidad es un factor de riesgo para la DPP. Sin embargo, la mayoría no sacan resultados concluyentes para esta afirmación, al contrario, consideran que la paridad no es un factor de riesgo estadísticamente importante para generar DPP.

Lo que sí queda claro, es que tras el parto, las multíparas pueden adaptarse mejor a la maternidad ya que tienen una experiencia previa y han desarrollado previamente recursos psicológicos y sociales mientras que las primíparas se enfrentan por primera vez al reto de la maternidad que puede suponer un choque entre sus expectativas y la realidad.

La mayoría de los estudios se centran en el postparto temprano, cuando la sintomatología depresiva puede extenderse a más largo plazo, incluso hasta los 4 años postparto.

Conclusiones:

- **la paridad debe seguir evaluándose en la investigación frente a la depresión, puesto que los resultados obtenidos son muy dispares en relación a este tema.**
- **la EPDS debería aplicarse a todas las parturientas y no sólo a las mujeres que se consideran en más riesgo. El postparto pone en riesgo a todas las mujeres.**

ANEXO

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTNATAL DE EDIMBURGO (EPDS)

COX JL, HOLDEN JM, SAGOVSKY R. BR J PSYCHIATRY 1987; 150: 782-6

1- He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	<ul style="list-style-type: none">• Tanto como siempre• No tanto ahora• Mucho menos ahora• No, no he podido
2- He mirado el futuro con placer	<ul style="list-style-type: none">• Tanto como siempre• Algo menos de lo que solía hacer• Definitivamente menos• No, nada
3- Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayoría de las veces• Sí, algunas veces• No muy a menudo• No, nunca
4- He estado ansiosa y preocupada sin motivo	<ul style="list-style-type: none">• No, para nada• Casi nada• Sí, a veces• Sí, a menudo

<p>5- He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, bastante • Sí, a veces • No, no mucho • No, nada
<p>6- Las cosas me oprimen o agobian</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte de las veces • Sí, a veces • No, casi nunca • No, nada
<p>7- Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayoría de las veces • Sí, a veces • No muy a menudo • No, nada
<p>8- Me he sentido triste y desgraciada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, casi siempre • Sí, bastante a menudo • No muy a menudo • No, nada
<p>9- He sido tan infeliz que he estado llorando</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, casi siempre • Sí, bastante a menudo • Sólo en ocasiones • No, nunca

10- He pensado en hacerme daño a mí misma	<ul style="list-style-type: none">• Sí, bastante a menudo• A veces• Casi nunca• No, nunca
---	--

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Youash S, Campbell MK, Avison W, Penava D, Sharma V, Xie B. Influence of health information levels on postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2013 Dec; 16(6): 489-98. Citado en PubMed PMID: 23820644.
- 2.** Oppo A, Mauri M, Ramacciotti D, Camilleri V, Banti S, Borri C, Rambelli C, Montagnani MS, Cortopassi S, Bettini A, Ricciardulli S, Montaresi S, Rucci P, Beck CT, Cassano GB. Risk factors for postpartum depression: the role of the postpartum depression predictors inventory- revised (PDPI-R). Results from the perinatal Depression- Research & screening unit (PNDRScU) study. Arch Womens Ment Health. 2009 Aug;12(4): 239-49. Citado en PubMed PMID: 19415454.
- 3.** Glavin K, Smith L, Sorum R. Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway. Scand J Caring Sci. 2009 Dec; 23(4): 705-10. Citado en PubMed PMID: 19490523.
- 4.** Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. BJ Psych. 1987 Jun; 150: 782-6
- 5.** Alberto Moreno Zaconeta, Lucília Domingues Casulari da Motta, Paulo Sergio França. Depresión postparto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del hospital universitario de Brasilia, Brasil. Rev chil obstet ginecol 2004; 69(3): 209-213
- 6.** Shimizu A, Nishiumi H, Okumura Y, Watanabe K. Depressive symptoms and changes in physiological and social factors 1 week to 4 months Postpartum in Japan. J affect disord. 2015 jul 1;179:175-82. Citado en PubMed PMID: 25888938

7. Carrera JM, Mallafré J, Serra B. Trastornos psiquiátricos puerperales. En Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 4ª Edición. Barcelona: Masson; 2008. p 448-449
8. Drs. Ruth Perez Villegas, Katia Saez Carrillo, Lorena Alarcon Barra, Vanesa Aviles Acosta, Isabel Braganza Ulloa, Jocelyn Coleman Reyes. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(3): 187-191
9. Staehelin K, Kurth E, Schindler C, Schimid M, Zemp Stutz E. Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care results from a nested case-control study. Swiss Med Wkly. 2013 Aug 27; 143: w13862. Citado en PubMed PMID: 23986402
10. José Urdaneta M. MSc 1, Ana Rivera S. 1, José García I. PhD 2, Mery Guerra V. PhD 2, Nasser Baabel Z. PhD 2, Alfi Contreras B. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev chil obstet ginecol 2010; 75(5):312-320
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR 4th ed. Text versión. Washington, DC: APA, 2000
12. Dois Catellón A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev cubana de obstetricia y ginecología. 2012; 38(4): 576-586
13. Olza Fernández I. Problemas psiquiátricos en el puerperio. En Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. 1ª edición. Madrid: Panamericana; 2008. p. 393-397

14. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti S, Campos S. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002 Mar-Apr; 30(2): 106-11
15. Burt Vivien K, Stein K. Tratamiento de las mujeres . En *Tratado de Psiquiatría Clínica*. 5ª Edición. España: Elsevier; 2009. p 1389-1424
16. Martínez Pérez-Mendaña J, Díaz Castro-Rial C, Corredera Moro F, López Valverde M, Tejerizo López LC. Melancolía y Depresión Puerperal. En *Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos*. Zaragoza: INO reproducciones; 1996 p: 671-684
17. Sharma V, Sharma P. Postpartum depression: Diagnostic and treatment issues. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012 May; 34(5): 436-42. Citado en PubMed PMID: 22555136
18. Dipietro JA, Costigan KA, Sipsma HL. Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008 Jun; 29(2): 115-24. Citado en PubMed PMID: 18655259
19. Ji S, Long Q, Newport DJ, Na H, Knight B, Zach EB, Morris NJ, Kutner M, Stowe ZN. Validity of Depression Rating Scales during Pregnancy and the Postpartum Period: Impact of Trimester and Parity. *J Psychiatr Res.* 2011 Feb; 45(2): 213-9. Citado en PubMed PMID: 20542520.
20. Ación P. Patología del alumbramiento y puerperio. Coagulopatías obstétricas, infección puerperal. En *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 2ª Edición. Alicante: Molloy; 2001 p 959-988
21. "Puerperio normal y patológico", Sociedad Española de Pediatría (SEGO). 2008

- 22.** Breikopf CR, Primeau LA, Levine RE, Olson GL, Wu ZH, Berenson AB. Anxiety symptoms during pregnancy and Postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, September 2006; 27(3): 157–162. Citado en PubMed PMID: 17214450
- 23.** Mayberry LJ, Horowitz JA, Declerq E. Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Nov-Dec;36(6):542-9. Citado en PubMed PMID: 17973697
- 24.** Satoh A, Kitamiya C, Kudoh H, Watanabe M, Menzawa K, Sasaki H. Factors associated with late post- partum depression in Japan. *Jpn J Nurs Sci*. 2009 Jun; 6(1):27-36. Citado en PubMed PMID: 19566637
- 25.** Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn B. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(3): 291-7. Citado en PubMed PMID: 17364302
- 26.** Patchen L, Lanzi RG. Maternal depression and rapid subsequent pregnancy among first time mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2013 Jul-Aug;38(4):215-20. Citado en PubMed PMID: 23812059
- 27.** Shaikh K, Premji SS, Rose MS, Kazi A, Khowaja S, Tough S. The association between parity, infant gender, higher level of paternal education and preterm birth in Pakistan: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Nov 2;11:88. Citado en PubMed PMID: 22047209
- 28.** Torjesen. New mothers are most likely to be depressed four years after giving birth. *BMJ*. 2014 May 21;348:g3446. Citado en PubMed PMID: 24855221

- 29.** Sockol LE, Battle CL. Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Feb 26. Citado en PubMed PMID: 25712795
- 30.** Horowitz JA, Damato EG, Duffy ME, Solon L. The relationship of maternal attributes, resources, and perceptions of postpartum experiences to depression. *Res Nurs Health*. 2005 Apr;28(2):159-71. Citado en PubMed PMID: 15779053
- 31.** Ghosh A, Goswami S. Evaluation of postpartum depression in a tertiary hospital. *J Obstet Gynaecol India*. 2011 Oct;61(5):528-30. Citado en PubMed PMID: 23024522
- 32.** Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 January ; 40(1): 52–61. Citado en PubMed PMID: 21121945