

# Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones emocionales durante el periodo perinatal y el puerperio

## Un estudio preliminar en una muestra de mujeres embarazadas a través de e-Health\*

ELENA FERMOSELLE ESCLAPEZ  
al076962@alumail.uji.es

CRISTIAN CASTELLANO BADENAS  
al107103@alumail.uji.es

JORGE J. OSMA LÓPEZ  
osma@psb.uji.es

ELENA CRESPO DELGADO  
screspo@psb.uji.es

JUAN RAMÓN BARRADA  
barrada@unizar.es

### Resum

**Introducción:** El DSM-IV-TR, establece la prevalencia de la aparición de alteraciones emocionales (AE) en la mujer durante el periodo perinatal y el puerperio entorno al 70 % en el caso de la Tristeza Posparto, pudiendo llegar a cronificarse esta sintomatología en Depresión Posparto (DPP), hasta en un 10 % de los casos. Diferentes autores apuntan a la necesidad de homogeneizar la medición de los factores de riesgo relacionados con la aparición de este tipo de alteraciones en la mujer gestante.

**Objetivo:** Evaluar e identificar aquellas mujeres embarazadas que cumplen uno o más FR para desarrollar AE durante el periodo perinatal y el puerperio y/o aquellas mujeres que cumplen criterios diagnósticos DSM-IV-TR de Episodio Depresivo antes y después del parto, a través de la evaluación online mediante la herramienta MamáFeliz (MMF), basada en e-Health.

---

\* MamáFeliz es un proyecto subvencionado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, el Gobierno de Aragón, la Fundación Universitaria Antonio Gargallo (Universidad de Zaragoza. Campus de Teruel) y CREOS, Centro de Psicoterapia y Formación (Castellón).

Agradecimiento: El equipo investigador agradece la colaboración por parte de los diferentes profesionales sanitarios de los centros colaboradores de MamáFeliz: Hospital La Plana Vila-real, Hospital NISA Rey Don Jaime de Castellón, Centro de Salud Teruel Ensanche, Centro de Salud Picarral (Zaragoza), Centro de Salud Pirineos (Huesca), Grupo Aragonés de investigación en Atención Primaria, Grupo Aragonés de Investigación de Salud Mental en Atención Primaria.

**Método:** La muestra la componen 25 mujeres, que se encontraban entre las semanas 16 y 36 de gestación. La evaluación incluida en MMF rastrea, a través de la entrevista diagnóstica SCID-I y otras medidas psicológicas, la presencia de algunos de los FR asociados a la aparición de DPP.

**Resultados:** Los resultados obtenidos en este estudio preliminar muestran que los FR con mayor incidencia son: Sintomatología previa de depresión mayor, ambivalencia respecto al embarazo, vivencia de emociones negativas y sentimientos de inadaptación durante el embarazo, ansiedad prenatal y síntomas depresivos durante el embarazo. En contraposición a otros estudios científicos previos, nuestra muestra no presenta los FR: problemas de pareja, falta de apoyo social ni baja autoestima.

**Palabras clave:** depresión posparto, embarazo, factores de riesgo, periodo perinatal, e-Health, prevención.

## Abstract

**Introduction:** The DSM-IV-TR, establishes the prevalence of emotional disturbances occurrence in women during perinatal and postnatal periods between 70 % in the case of Babyblues, these symptoms could become chronic in Postpartum Depression in almost 10 % of the cases. The studies of this phenomenon, implemented to the date, have failed in the definition and description of risk factors associated to this psychopathology in Spanish samples.

**Objective:** Assessing and identifying those pregnant women that meet one or more risk factors to develop emotional disturbances during perinatal and postnatal period and/or those women who meet diagnostic DSM-IV-TE criteria of Depressive Mood Episode (before or after delivery) by on-line assessment methodology based in e-Health and called MamáFeliz (MMF).

**Method:** The sample is composed by 25 pregnant women, who are between 16 and 36 weeks of gestation. The assessment protocol included in MMF evaluates, by means of SCID-I diagnostic interview and other psychological measures, the occurrence of some of the associated risk factors of being depressed during prenatal and postnatal period.

**Results:** The results of this preliminary study show that the risk factors with higher occurrence are: previous major depression symptoms, ambivalence related to pregnancy, negative affect and inadaptive feelings during pregnancy. In contrast to previous scientific studies, our sample does not have the risk factors related to marital adjustment, social supporting carences and low self-esteem.

**Keywords:** postpartum depression, risk factors, pregnancy, perinatal period, e-Health, prevention.

## Introducción

### *Alteraciones emocionales en la mujer durante el periodo perinatal*

De forma consistente, la depresión afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres a lo largo de las diferentes culturas, predominantemente en el puerperio y los primeros años de crianza (Weissman y Olfson, 1995). Para muchas mujeres, el periodo que continúa al parto es uno de los de mayor vulnerabilidad psicológica, que se manifiesta en torno a un amplio espectro de reacciones emocionales y que representa un tiempo de mayor riesgo para la emergencia y persistencia de los trastornos psiquiátricos y, muy especialmente, de trastornos del estado de ánimo (Bashiri y Spielvogel, 1999; Cohen *et al.*, 2010; Glavin, Smith, Sorum y Ellefsen, 2010).

Los diferentes estudios especializados consultados, ofrecen datos de prevalencia muy variables respecto a la aparición de alteraciones emocionales en la mujer durante este periodo. Según señala el reciente trabajo de Grote y cols. (2010), su incidencia en Europa ofrecería datos, medidos con el EPDS (Edinburg Postpartum Depression Scale; Cox, Holden y Sagovsky, 1987) que oscilan entre el 6-8 % en las muestras de Alemania y España y un 13-16 % en Bélgica, Polonia e Italia. Otros estudios, realizados con muestras exclusivamente españolas y utilizando también dicho instrumento de evaluación, ofrecen porcentajes de la incidencia de este tipo de psicopatología situados entre el 10 % (10,7 %; Maroto, García y Fernández, 2005 y 10,15 %; García *et al.*, 1999) y el 26,73 % (Martínez *et al.*, 2001). Dada la magnitud de estos datos, autores como Navarro *et al.* (2008), alertan de que, dicha morbilidad psíquica en la mujer gestante y parturienta es, actualmente, uno de los problemas de salud más prevalentes en los países desarrollados.

Hasta la fecha, según señalan en sus trabajos Glavin *et al.* (2010) y Field (2011), de entre toda esa posible gama de alteraciones emocionales a las que pueden verse expuestas las mujeres gestantes, las alteraciones psicológicas más estudiadas han sido, históricamente: la tristeza posparto (TPP) o *babyblues*, la depresión posparto (DPP), la psicosis posparto (PPP) y la depresión prenatal (DEPREN).

La clasificación de la American Psychological Association (APA, 2000) define la TPP como un periodo de melancolía o tristeza leve que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de dos semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable y con problemas de insomnio. Con el transcurso de los días, y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, la TPP desaparece. Aunque estos síntomas son transitorios y no afectan a la actividad, aumentan el riesgo de padecer un episodio depresivo mayor en el posparto si persisten después de esos diez primeros días, (APA, 2000). Por otra parte, la DPP se define como un episodio depresivo mayor de una duración temporal superior a dos semanas y que implica un cambio en el funcionamiento, estado de ánimo deprimido o falta de interés, síntomas somáticos, culpa e ideación suicida. Los síntomas más frecuentes en el episodio depresivo mayor con inicio en el posparto, aunque no específicos del mismo, incluyen fluctuaciones del estado de ánimo, labilidad emocional, preocupación por el bienestar del niño y la presencia de culpa y rumiaciones intensas (APA, 2000), especialmente sobre no querer lo suficiente al bebé o rechazarlo (Pitt, 1968). Por su parte, la PPP, se caracteriza por la presencia de alucinaciones que ordenan hacer daño al niño y/o ideas delirantes acerca de que el bebé está poseído. Este tipo de episodios afectivos con sintomatología psicótica posparto se producen aproximadamente en 1 de cada 500 a 1000 partos (APA, 2000).

En última instancia, la DEPREN, aún no ha sido incluida como entidad diagnóstica, pero recientemente, autores como Field (2011), apuntan a la relevancia de que su prevalencia se haya visto incrementada de un 6 % a un 38 % en la literatura científica publicada hasta el momento. Aunque el número de estudios efectuados sobre esta entidad psicopatológica es significativa-

mente inferior a los realizados sobre los fenómenos de la TPP y la DPP, la DPREN constituye un efecto ampliamente discutido desde los tiempos de Hipócrates (Field, 2011; Huizink, Mulder y Buitelaar, 2004). Su significación estribaría principalmente, tal y como se desprende de los resultados obtenidos en los estudios actuales, en su valor predictivo de la DPP (Edwards *et al.*, 2008; Field, 2011; Lee *et al.*, 2007; Milgrom *et al.*, 2008).

### *Factores de riesgo asociados a la aparición de alteraciones emocionales en el periodo perinatal*

A pesar de no haberse identificado, hasta el momento, ningún factor causal para el desarrollo de alteraciones emocionales en el periodo perinatal, existen resultados consistentes que sugieren la importancia de las variables psicosociales (Cooper y Murray, 1998; O'Hara, 1997) como FR predisponentes a la DPP, entre las que se describen: la presencia de psicopatología en la madre o en la familia, variables sociodemográficas, variables obstétricas, eventos vitales estresantes, falta de apoyo social y problemas con la pareja (Bernazzani, Saucier, Dabid y Borgeat, 1997; O'Hara y Swain, 1996; Beck y Gable, 2002) y la presencia de DPREN (Field, 2011). Además de todos estos, Bowen y Muhajarine (2006), también señalan otros aspectos, entre ellos: historia previa de depresión en la madre, falta de compañero, dificultades matrimoniales, falta de apoyo social, pobreza, incremento en el estrés vital, abuso de sustancias, historia previa de abortos, embarazo no planificado, ambivalencia respecto al embarazo y ansiedad por el feto. Por su parte, Leigh y Milgrom (2008) añaden, además, la baja autoestima, la ansiedad prenatal, un estilo cognitivo negativo, eventos importantes de la vida y bajos ingresos.

Los estudios llevados a cabo con muestras de mujeres españolas describen, por su parte, los siguientes factores psicosociales de riesgo para padecer DPP: historia previa de depresión, bajo apoyo del entorno, problemas en la relación de pareja y niveles elevados de ansiedad rasgo (García Esteve *et al.*, 1999; Escribe-Aguir, González-Galarzo, Barona-Vilar y Artazcoz *et al.*, 2008), problemas médicos/físicos durante el embarazo, baja capacidad para afrontar cambios y diagnóstico previo de depresión mayor (Martínez *et al.*, 2001; Escribe-Aguir *et al.*, 2008); bajo apoyo social y de la pareja, síntomas depresivos durante el embarazo, eventos estresantes relacionados con el embarazo y el parto y puntuaciones elevadas en el factor Neuroticismo de personalidad (Tortajada *et al.*, 2009). Como podemos observar, existe suficiente acuerdo y evidencia científica internacional en la descripción de los factores psicosociales que se relacionan con la mayor probabilidad de desarrollar una DPP.

La mayoría de estudios e investigaciones sobre la DPP se han centrado en el screening y evaluación de la sintomatología depresiva en diferentes momentos del periodo perinatal y postnatal, con un seguimiento temporal variable y haciendo uso de diferentes medidas psicológicas y modalidades terapéuticas (tradicional, tele-llamada, on line). Dadas estas circunstancias, la comparación científica de los resultados obtenidos y la descripción detallada y fiable de todo este entramado en las diferentes culturas y niveles económicos no ha logrado ser plasmada en una propuesta común fiable y válida acerca de todo lo que modula el estado emocional de la mujer a lo largo de este proceso vital. En este sentido, autores como Jones (2010), en su revisión sobre este fenómeno para la elaboración del DSM-5 (APA, en prensa), alerta acerca de la necesidad de homogeneizar los estudios sobre esta temática y de coordinar esfuerzos por superar los claros problemas metodológicos de los trabajos realizados hasta la fecha.

### *Prevención de las alteraciones emocionales durante el periodo perinatal: MamáFeliz, medición de factores de riesgo a través de una herramienta basada en e-Health*

El aumento de los conocimientos psicológicos, psicosociales y biológicos sobre los trastornos mentales, ha dado lugar a un nuevo resurgimiento de programas específicos de prevención de la salud mental (Jané-Llopis, 2004). De manera paralela a este interés científico, la situación económica actual, y la elevada cifra de costes sanitarios asociados al tratamiento de la depresión, ha contribuido a que, se establezcan líneas prioritarias a nivel mundial en la investigación sobre su incidencia en los diferentes sectores de la población (OMS, 2008). Y, por extensión, al interés por desarrollar programas de prevención eficaces en las diferentes presentaciones de esta entidad psicopatológica, que permitan llegar a un mayor número de potenciales beneficiarios con los menores costes derivados, incluida la DPP.

De manera complementaria a esta triple misión (prevención, beneficiarios, ahorro), se añaden también otra serie de valores añadidos en la mejora de la prevención de la salud mental, como el carácter innovador y tecnológico que actualice y adapte dichos programas a la metodología y recursos que caracterizan la sociedad actual: las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y más concretamente, la metodología e-Health.

Tomando como referencia: 1) los resultados favorables acerca de la idoneidad de utilizar Internet como metodología de evaluación para rastrear sintomatología asociada a la DPP (Le, Perry y Sheng, 2009), 2) las recomendaciones de futuras líneas de investigación abiertas sobre la necesidad de detectar a las mujeres que presenten uno o más de los FR asociados a la aparición de sintomatología DPP como medida preventiva eficaz (Tortajada, 2009; Dennis y Creed, 2008), 3) la falta de estudios que hayan incluido la medición de todos los FR psicológicos, biológicos y psicosociales recogidos en estudios previos sobre la materia y 4) la ausencia de programas de prevención de la aparición de psicopatología emocional en el periodo perinatal basados en e-Health; hemos diseñado y desarrollado la herramienta MMF.

MMF atendiendo a todas esas necesidades, constituye la primera iniciativa en formato e-Health de programa de prevención de la DPP, que concentra la medición de diferentes variables obstétricas, clínicas, psicopatológicas, sociodemográficas y psicosociales a través de cuestionarios y entrevistas clínicamente validadas. La innovación radica en que la totalidad de la batería de pruebas está localizada en una aplicación computerizada habilitada en la dirección de Internet [www.mamafeliz.es](http://www.mamafeliz.es).

El objetivo principal de este estudio preliminar que desarrollaremos en los siguientes apartados, es evaluar e identificar a aquellas mujeres embarazadas que cumplen uno o más FR para desarrollar alteraciones emocionales durante el periodo perinatal a través del programa MMF. Así como comparar nuestros resultados con los obtenidos por otros investigadores en estudios previos sobre FR.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra total de este estudio preliminar la componen 70 mujeres embarazadas que se encuentran entre las semanas 16 y 36 de gestación. La edad media de las participantes es de 31 años. La nacionalidad de las participantes es Española, siendo un 88 % de las mismas residentes en la Comunidad Valenciana y un 12 % residente en la comunidad autónoma de Aragón. En cuanto a los datos referentes al nivel académico de las participantes del estudio, encontramos que el 64 % de la muestra realiza o ha realizado estudios universitarios y el 36 %

restante tiene o está cursando estudios equivalentes a un nivel de Bachillerato y Formación Profesional. Respecto a la situación laboral, destacamos que el 40 % se encontraba en situación de Baja Maternal y/o Incapacidad Laboral Temporal, mientras que, de la muestra restante, un 32 % permanecía empleada y un 28 % se encontraba en situación de desempleo. Por último, en lo relativo al estado civil de las participantes, un 60 % están casadas, un 12 % está en situación de pareja de hecho y el 28 % restante son solteras.

### *Procedimiento*

Se contactó con diferentes profesionales sanitarios (matronas, ginecólogos y obstetras) que ejercían su labor asistencial en distintos centros sanitarios de la Comunidad Valenciana y la Comunidad Autónoma de Aragón para solicitar su colaboración en el acceso a la muestra de participantes. Una vez obtenidos los dictámenes favorables por parte de los Comités Éticos de Investigación Clínica de cada uno de los centros, se firmaron los documentos de colaboración por parte de los profesionales implicados de cada servicio y se procedió al reparto de los documentos que contenían los códigos de usuario para las potenciales participantes. Las matronas y ginecólogos ofrecían a sus pacientes la posibilidad de participar de manera voluntaria en el estudio repartiéndoles a cada una de ellas uno de los códigos. Una vez las interesadas accedían a la aplicación MMF desde sus casas a través de internet, recibían la información preliminar y accedían a aceptar las condiciones de participación, el consentimiento informado y la protección de datos de carácter personal a través de la lectura de la Hoja de Información y Aceptación de Participación a través de las diferentes pantallas que van apareciendo en la aplicación. Una vez mostraban su conformidad, las participantes introducen los datos relativos a la fecha de la última regla y la fecha probable de parto. De esta forma, la propia aplicación recalcula los diferentes momentos en que las evaluaciones deben estar accesibles para cada usuaria. MMF realiza diferentes avisos y recordatorios a las usuarias (según preferencia por *e-mail* o vía sms), para que conozcan las fechas en las que pueden completar la evaluación. Entre las semanas 16 y 36 de gestación, cada una de las participantes entra en la aplicación con su usuario y contraseña y responden a las entrevistas sociodemográficas, clínicas, obstétricas y a los diferentes instrumentos de evaluación psicológica. Al finalizar la evaluación, la propia aplicación ofrece a las usuarias un mensaje informativo acerca de si su estado emocional es óptimo o si debe consultar con su especialista médico al detectarse una alteración en su estado de ánimo. Este mensaje está programado en función de los resultados derivados de la corrección de los instrumentos BDI-II y EPDS y la entrevista diagnóstica SCID-I.

### *Instrumentos*

La batería de pruebas psicológicas, cuestionarios y entrevistas diagnósticas que conforman el protocolo de evaluación, administrado a través de MMF en las diferentes fases del estudio, lo componen los siguientes instrumentos:

Entrevista de variables sociodemográficas, ginecológicas y obstétricas (Osma, Crespo y Feroselle, 2011)

Entrevista estructurada de trastornos mentales basada en el DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1996)

Escala de Edimburgo para la Depresión Posparto (EPDS; Cox, Holden y Sagovsky, 1987; validación española de la escala, García *et al.*, 2003)

Escala PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988, adaptada por Sandín, 2001)  
 Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Ergbaugh, 1961; Beck, 1978, adaptado para población española por Conde y Franch, 1984)  
 Escala de Ajuste Marital (Locke y Wallace, 1959; adaptación española Carrobbles, 1972)  
 Cuestionario de Calidad de Vida (QL-I; Mezzich *et al.*, 2000)  
 Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (EAVE; Holmes y Rahe, 1967)  
 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003)  
 Cuestionario de Personalidad EPQ (EPQ-RS; Eysenck y Eysenck, 1991; adaptación española Ortet y cols. 1997)  
 Rosenberg Self-esteem Scale (RSE, Rosenberg, 1979)  
 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-S/T; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; adaptada por Seisdedos, 1982)  
 Cuestionario de Control de la Ansiedad (ACQ ; Brown y cols., 2004; traducido por García Palacios y Osma)  
 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross (Gross y Thompson, 2003)  
 Escala de Apoyo Social Percibido (MSPSS; Zimet, Dahlem y Farley, 1988; traducido por Sanz)  
 Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández del Campo, 2000)  
 Cuestionario de valoración y satisfacción de Mamá feliz (Osma, Crespo y Femoselle, 2011).  
 Cabe mencionar que las entrevistas e instrumentos se han dividido en tres bloques distintos cuya cumplimentación se realiza en 20 minutos aproximadamente. El objetivo de esta distribución, tiene que ver con el hecho de facilitar a las usuarias el tiempo de dedicación a responder los cuestionarios y evitar la fatiga que la tarea puede suponer para ellas. De esta forma, pueden grabar sus respuestas y retomar la evaluación cuando lo estimen oportuno.

### *Análisis estadísticos*

Para analizar los datos obtenidos se utilizó estadística paramétrica mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) en su versión 15.0 (SPSS 15.0, SPSS Inc, Chicago, IL). Se realizaron análisis de frecuencias y descriptivos de las respuestas ofrecidas por las participantes a cada una de las entrevistas y cuestionarios teniendo en cuenta su aproximación a los puntos de corte, que en cada una de ellas se corresponde con valores clínicos, subclínicos y normales.

## **Resultados**

Los resultados obtenidos por las 70 participantes que componen este estudio preliminar sobre los FR asociados a la aparición de las alteraciones emocionales en la mujer durante el periodo perinatal, a través de MMF, alertan de la presencia de uno o más de estos FR en algunas de las participantes.

Respecto a los FR rastreados desde la entrevista clínica SCID-I, encontramos que el FR con mayor porcentaje de presencia en la muestra de participantes es el factor –Tratamientos Psicológicos Previos–, que aparece en el 24 % del total. Destaca también la presencia, en un 16 % de los casos, de un –Estado de Enfermedad Médica Actual–. Este FR se corresponde, en la mayoría de casos, en problemas médicos derivados de la propia situación de embarazo, como anemia y lumbalgia. Resulta especialmente llamativo que el FR –Consumo de tabaco durante el embarazo– esté presente en el 16 % de participantes. En contraposición, el FR –Consumo de alcohol durante el embarazo– no está presente en ninguna de las 70 participantes que componen la muestra de este estudio preliminar.

En relación al porcentaje de participantes que obtienen puntuaciones equivalentes a las obtenidas en muestras clínicas en uno o más FR relacionados con las variables psicológicas rastreadas, destaca, en mayor medida, el factor –Síntomatología de depresión previa–, puntuado por un 48 % (véase tabla 2).

Tabla 2  
*Porcentaje de la muestra que puntúa significativamente en los FR relacionados con medidas psicológicas e instrumento con el que se evalúa*

FACTOR DE RIESGO PSICOLÓGICO	MEDIDA	%
Vivencia de emociones negativas	PANAS	24 %
Síntomas depresivos actuales	BDI-II	20 %
Síntomas depresivos anteriores	SCID-I	48 %
Niveles de ansiedad actuales	STAI-E	12 %
Sentimientos de inadaptación	EI	20 %
Problemas de pareja	Escala de Ajuste Marital	12 %
Sentimientos de ambivalencia respecto al embarazo	EPDS	48 %
Eventos vitales estresantes:	EAVE	
– Cambios económicos		40 %
– Cambios en el hábito de sueño		40 %
– Cambios en las condiciones de vida		36 %
– Cambios en la salud de un familiar		32 %
– Cambio en condiciones laborales		28 %

Otro de los FR psicológicos que aparece en un mayor porcentaje de participantes tiene que ver con los –Sentimientos de ambivalencia respecto a la situación de embarazo–, que al igual que el FR –Síntomatología de depresión previa– obtiene un puntaje significativo en el 48 % de la muestra. Siguiendo el orden de frecuencia de puntuación favorable respecto a FR psicológicos presentes en la muestra, los eventos vitales estresantes, y de forma más concreta, la vivencia de sucesos relacionados con cambios en el nivel económico y cambios en el hábito del sueño, aparecen, en ambos casos, en un 40 %.

Los FR psicológicos que obtienen puntuaciones inferiores de presencia son Ansiedad Prenatal y Problemas de pareja, ambos factores son informados de manera significativa por parte de un 12 %. Por último, nos gustaría mencionar el hecho de que los porcentajes de participantes que presentan niveles actuales de sintomatología depresiva en grado clínico y subclínico esté presente en un 20 % de los casos.

Por lo que respecta a la presencia de FR relacionados con aspectos obstétricos, encontramos que únicamente en un 8 % de los casos, se puntúan valores relacionados con el FR



–Riesgo Alto durante el embarazo–, obteniéndose, en contraposición, que un 64 % de las participantes se corresponderían con un –Riesgo Bajo durante el embarazo–.

## Discusión y conclusiones

Los resultados preliminares a través de la aplicación MMF informan de la presencia de al menos un FR relacionado con el desarrollo de una depresión durante el periodo prenatal en el 48 % de participantes en el estudio.

Resulta importante destacar que, en cuanto a los FR relacionados de manera más directa con la aparición de alteraciones emocionales en el periodo prenatal y postnatal, encontramos que, al igual que en la literatura científica previa consultada, nuestra muestra presenta, mayores porcentajes de incidencia en los siguientes FR: sintomatología previa de depresión, sentimientos de ambivalencia respecto al embarazo, síntomas depresivos actuales y vivencia de emociones negativas. Estos resultados informarían de dificultades en la regulación emocional en un porcentaje importante de madres que se encuentran en las semanas 16 y 36 de gestación. Los problemas de regulación emocional pueden manifestarse de distintas maneras a lo largo del tiempo y en función de la especificidad de las situaciones, pudiéndose agravar durante el embarazo y el posparto.

Estos resultados justifican la necesidad de realizar seguimientos del estado emocional de las participantes y estudiar su evolución y su influencia en otros aspectos y FR, así como averiguar si estos FR son realmente los precursores de un episodio depresivo.

En contraposición a las similitudes obtenidas por parte de las variables recientemente detalladas, algunos de los resultados obtenidos tras este estudio preliminar, no replican la existencia de ciertos FR que sí estuvieron presentes en algunos de los trabajos previos consultados para el diseño y desarrollo de nuestra línea de trabajo con MMF. En concreto, respecto al grupo de FR relacionados con aspectos sociodemográficos (Bernazzani *et al.*, 1997; O'Hara y Swain, 1996; Beck y Gable, 2002), nuestra muestra no se caracteriza por un nivel socioeconómico bajo y bajos ingresos. Este hecho puede deberse, entre otras razones, a la propia elección de la muestra del estudio, es decir, este proyecto se centra en el uso de las TIC como medios de prevención de la depresión y promoción de la salud en la mujer gestante por lo que, solo pueden participar mujeres embarazadas que dispongan de conexión a internet en sus casas. Este factor puede estar relacionado con un nivel socioeconómico medio-alto y por tanto, difícilmente puede aparecer este FR en nuestra muestra.

Existen también diferencias sobre FR que comportan ciertos aspectos clínicos, como el bajo apoyo social y los problemas de pareja (Tortajada *et al.*, 2009), encontrando que ambos FR no estarían presentes en las participantes de nuestro estudio.

Los resultados obtenidos en este estudio preliminar ponen de manifiesto la necesidad de realizar evaluaciones exhaustivas de variables sociodemográficas, psicológicas y médicas en las mujeres embarazadas. Asimismo, ponen de manifiesto la importancia de realizar seguimientos del estado emocional, entre otras variables relevantes, para garantizar un proceso de embarazo saludable tanto para la madre como para su bebé. La evaluación en distintos momentos durante el embarazo y el posparto nos ofrecerá una información muy valiosa respecto a la evolución de las distintas medidas, respecto a los FR que pueden predecir la aparición de sintomatología depresiva y también, la relación y/o mediación de distintas variables en el estado emocional de la mujer, antes y después del parto. Esta valiosa información posibilitará, a posteriori, la elaboración de protocolos específicos preventivos que reduzcan la posibilidad de sufrir un episodio depresivo durante y después del parto.

Finalmente, y tal y como indican los primeros resultados ofrecidos por este estudio, la detección precoz de FR a través de MMF, una aplicación on line, puede suponer un método preventivo eficaz, eficiente y efectivo para los actuales sistemas de salud. Se hace necesario el aumento de la muestra de estudio y los seguimientos oportunos para validar la aplicación MMF con niveles aceptables de especificidad y sensibilidad.

## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: Author.
- Bashiri, N. & Spielvogel, A. M. (1999). Postpartum Depression: a cross-cultural perspective. *Psychiatry Update*, 3 (6): 82-87.
- Beck, C. T. & Gable, R. K. (2002). *Manual for Postpartum Depression Screening Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Beck, S., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bernazzani, O., Saucier, J., David, H. & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46, 39-49.
- Bowen, A. & Muhajarinc, N. (2006). Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35, 491-498.
- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P. & Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy*, 35, 75-99.
- Carrobles, J. A. & Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cohen, L. S., Wang, B., Nonacs, R., Viguera, A. C., Lemon, E. L. & Freeman, M. P. (2010). Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum; *Psychiatric Clinics of North America*, 2, (33), 273-293.
- Conde, V. & Franch, J. L. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos & depresivos*. Madrid: Upjohn SA.
- Cooper, P. & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ*, 316, 1884-1886.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dennis, C.-L. & Creedy, D. (2008). Intervenciones psicosociales & psicológicas para la prevención de la depresión posparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis & Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Edwards, B., Galletly, C., Semmier-Booth, T. & Dekker, G. (2008). Does antenatal screening for psychological risk factors predict postnatal depression? A follow-up study of 154 women in Adelaide, South Africa. *The Australian and New Zealand journal of Psychiatry*, 42, 51-55.

- Escribe-Aguir, V., Gonzalez-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C. & Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: Are these gender differences?, *Epidemiology Community Health*, 62, 410-414.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34, 1-14.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- García, L., Aguado, J., Ascaso, C., Caparrós, F., Navarro, P. & Ojuel, J. (1999). *Estudio de la depresión posparto en madres españolas: detección, incidencia y factores asociados*. Instituto de la Mujer. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Glavin, K., Smith, L., Sorum, R. & Ellefsen, B. (2010). Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3051-3062.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.*, 11, 213-218.
- Huizink, A. C., Mulder, J. H. & Buitelaar, J. H. (2004). Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility. *Psychological Bulletin*, 130, 115-142.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-78.
- Le, H., Perry, D. F. & Sheng, X. (2009). Using the Internet to Screen for Postpartum Depression. *Maternal Child Health Journal*, 13, 213-221.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W. & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110, 1102-1112.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24.
- Locke, H. J. & Wallace, K. M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Maroto, G., García, M. M. & Fernández, A. (2005). Evaluación de estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión posnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, (2), 305-318.
- Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Ferrero, J. & Barreto, M. P. (2001). La depresión posparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología & Psicología Clínica*; 1, (6), 37-48.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. & Mahmud, S. (1999). The Spanish version of the Quality Of Life Index: presentation and validation. *International Journal of nervous and mental disease*, 188 (5), 301-305.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J. et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157.
- Navarro, P., García-Esteve, Ll., Ascaso, C., Aguado, J. y cols. (2008). Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: Prevalence and comorbidity in a community sample. *Journal of affective disorders*; 109 (1); 171-176.

- O'Hara, M. (1997). The nature of postpartum depressive disorders. En Murray, L. & Cooper, P. (eds.), *Postpartum depression and child development*. New York: Guildford, 3-31.
- O'Hara, M. & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- OMS (2008). *Pacto Europeo para la salud mental & el bienestar*. Conferencia de alto nivel de la UE: Juntos por la salud mental & el bienestar. Bruselas, 2008.
- Ortet, G., Ibañez, M. I., Ipola, M. M. & Silva, F. (1997). *Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado*. Madrid: Tea Ediciones.
- Pitt, B. (1968). Atypical depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1235.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del esters (CAE): Desarrollo & validación preliminary. *Revista de Psicopatología & Psicología Clínica*, 8(1), 39-54
- Sanz, J., Navarro, M. E. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventariopara la Depresión de Beck II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis & Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Seisdedos, M. (1982). STAI. Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo. Madrid. TEA.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Tortajada, S., García-Gómez, J. M., Vicente, J., Sanjuan, J., De Frutos, R., Martín-Santos, R., García-Esteve, L., Gornemann, I., Gutiérrez-Zotes, A., Canellas, F., Carracedo, A., Gratacós, M., Guillamat, R., Baca-García, E. & Robles, M. (2009). Prediction of postpartum depression using multilayer perceptrons and pruning. *Methods of information in medicine*, 48 (3): 291-298.
- Weissman, M. & Olfson, M. (1995). Depression in women: implications for health care research. *Science*, 269, 799-801.
- Zimet, G. D., Dahiem, N. W., Zimet, S. G. & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional. Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.