



ORIGINAL

Progresión posparto de los niveles de ansiedad y depresión en madres de recién nacidos prematuros



Yolanda Giménez^{a,*}, Francesc Fatjó^b, Aida Mallorquí^c, Alba Sanvicente^{d,e},
Francesc Figueras^{a,f} y Angela Arranz^a

^a Departamento de Medicina Materno-Fetal, BCNatal, Centro de Medicina Materno-Fetal y Neonatal de Barcelona, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Máster Aplicado en Calidad Sanitaria, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Sección de Psicología Clínica de la Salud, Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Instituto Clínico de Neurociencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

^d Centro de Atención Primaria Dr. Guillem Masriera, Institut Català de Salut, Cataluña, España

^e Escuela superior de ciencias de la salud, Grado de Enfermería Tecnocampus, Cataluña, España

^f Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid, España

Recibido el 10 de junio de 2024; aceptado el 28 de julio de 2024

Disponible en Internet el 25 de septiembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Ansiedad;
Depresión;
Salud mental
materna;
Prematuridad;
Unidad de Cuidados
Intensivos
Neonatales;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: El posparto representa un periodo vulnerable para la salud mental de la mujer, especialmente en aquellas con complicaciones y prematuridad. Este estudio tiene por objetivo explorar la evolución de los niveles de depresión y ansiedad durante las 12 semanas posparto de madres de bebés prematuros.

Diseño: Estudio prospectivo de dos cohortes paralelas.

Emplazamiento: Hospital Clínic de Barcelona.

Participantes: 1) mujeres con complicaciones obstétricas (rotura prematura de membranas o preeclampsia) que requirieron ingreso y parto pretérmino (< 37 semanas de gestación); 2) mujeres sin complicaciones con parto a término.

Mediciones principales: Se administraron cuestionarios validados para medir la ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory [STAI]) y la depresión (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) durante la primera, la sexta y a las 12 semanas posparto.

Resultados: Se analizaron 182 mujeres: 90 con embarazos sin complicaciones y parto a término y 92 con complicaciones que requirieron de un parto prematuro. Durante el seguimiento, las mujeres con recién nacidos prematuros mostraron una progresión significativamente desfavorable en las puntuaciones de depresión ($p < 0,001$) y ansiedad ($p < 0,001$), así como una proporción más alta de puntuaciones anormales en ambas escalas ($p < 0,001$ y $p = 0,004$, respectivamente).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ygimenez@clinic.cat (Y. Giménez).

Conclusiones: Las mujeres con parto prematuro muestran mayor ansiedad y depresión que aquellas con parto a término durante las 12 semanas posteriores al nacimiento. Es esencial asegurar una atención fluida entre los niveles asistenciales para abordar la salud mental posparto de manera efectiva.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Anxiety;
Depression;
Maternal mental
health;
Prematurity;
Neonatal Intensive
Care Unit;
Primary care

Postpartum progression of anxiety and depression levels in mothers of premature newborns

Abstract

Objective: The postpartum period represents a vulnerable time for women's mental health, especially for those with complications and prematurity. This study aims to explore the evolution of depression and anxiety levels during the 12 weeks postpartum in mothers of premature babies.

Design: Prospective study of two parallel cohorts.

Setting: Hospital Clínic of Barcelona.

Participants: Women with obstetric complications [premature rupture of membranes or preeclampsia] requiring hospitalization and preterm delivery (< 37 weeks of gestation); 2) Women without complications with term delivery.

Main measures: Validated questionnaires were administered to measure anxiety (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) and depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) during the first week, and at 6 and 12 weeks postpartum.

Results: 182 women were analyzed: 90 with uncomplicated pregnancies and term deliveries, and 92 with complications requiring preterm delivery. During the follow-up, women with premature newborns showed a significantly unfavorable progression in depression ($p < 0.001$) and anxiety ($p < 0.001$) scores, as well as a higher proportion of abnormal scores on both scales ($p < 0.001$ and $p = 0.004$, respectively).

Conclusions: Women with preterm delivery show higher anxiety and depression levels than those with term delivery during the 12 weeks postpartum. It is essential to ensure a seamless transition between care levels to effectively address postpartum mental health.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El nacimiento de un hijo marca un periodo de cambios sustanciales y nuevas responsabilidades, convirtiéndolo en una etapa emocionalmente compleja para la salud mental de la mujer¹. Los retos de la conciliación familiar afectan la implicación de las mujeres en su propia salud, interrumpiendo la continuidad asistencial y perdiendo oportunidades para detectar y prevenir problemas de salud².

Durante el periodo perinatal, la depresión afecta aproximadamente a una de cada seis mujeres y la ansiedad a una de cada cinco^{3,4}. Los síntomas pueden empeorar en el posparto, siendo frecuentemente infradetectados e infratratados, lo que aumenta el riesgo de episodios futuros⁵. Dado el alto porcentaje de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad perinatales y la depresión (hasta el 76% de las mujeres con ansiedad perinatal presentan depresión a lo largo de la vida), es crucial abordarlos de forma preventiva⁶.

La depresión posparto tiene graves consecuencias para las madres, los niños y la familia, pudiendo afectar negativamente la crianza y aumentando el riesgo de suicidio materno hasta en un 20% durante este periodo^{7,8}. En la descendencia, se ha asociado con problemas cognitivos, de

comportamiento, interpersonales y emocionales, así como con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia⁹⁻¹¹. Estos trastornos representan un desafío importante en términos sanitarios y socioeconómicos, si no se abordan adecuadamente¹²⁻¹⁴.

La prematuridad es una problemática creciente de salud pública, representando el 11% de los nacimientos a nivel mundial y siendo la principal causa de mortalidad neonatal y en menores de cinco años¹⁵. El parto prematuro aumenta el riesgo de síntomas depresivos y ansiosos¹⁶⁻¹⁸. Las familias con bebés ingresados en las unidades neonatales enfrentan desafíos a corto y largo plazo, que afectan el proceso normal de apego y la confianza de los padres como cuidadores, lo que puede tener repercusiones en la salud física, conductual y el desarrollo emocional e intelectual de estos niños hasta la adolescencia¹⁹.

Algunas investigaciones sugieren que los efectos adversos de la ansiedad y la depresión pueden perdurar tras el alta neonatal²⁰. La salud de los bebés y los niños se ve influenciada por la de sus madres¹¹, lo que subraya la importancia de la continuidad entre los niveles asistenciales tras el alta hospitalaria del bebé²¹, para detectar y abordar los trastornos de salud mental materna.

Este estudio tuvo por objetivo primario explorar la evolución de los niveles de depresión y ansiedad durante las 12 semanas posparto en madres de bebés prematuros. Secundariamente, se exploraron los predictores epidemiológicos y clínicos asociados con los niveles de ansiedad y depresión.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio prospectivo, durante 12 semanas posparto, en dos cohortes paralelas de gestantes atendidas en el Hospital Clínic de Barcelona entre diciembre de 2016 y diciembre de 2018.

Sujetos de estudio

Se definieron dos grupos:

- A. Grupo parto pretérmino (< 37 semanas de gestación): gestantes ingresadas consecutivamente por preeclampsia grave (PE) según criterios de la *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP)²² o rotura prematura de membranas pretérmino (RPMPT) (diagnosticada por la presencia de hidrorrea o con prueba rápida [PAMG-1] positiva en muestra vaginal).
- B. Grupo parto a término: gestantes sin complicaciones médicas ni obstétricas, atendidas durante el mismo periodo del estudio.

Criterios de inclusión

Gestantes de 18 años o más, una edad gestacional entre 26⁺⁰ y < 33⁺⁶ semanas y la presencia de un feto vivo. La inclusión en los grupos PE y RPMPT se realizó dentro de las primeras 72 horas después del ingreso. En el grupo control, se realizó durante la visita antenatal de rutina, entre las 24 y las 34 semanas.

Criterios de exclusión

Antecedentes psiquiátricos, incluyendo diagnóstico médico previo de depresión y/o ansiedad; maltrato físico, psicológico o sexual y dificultad idiomática.

Se excluyeron del grupo de parto prematuro las gestantes con complicaciones, pero con parto a término; y del grupo de parto a término, las gestantes sin complicaciones, pero con parto prematuro.

Recogida de datos

La inclusión en el estudio se realizó dentro de las primeras 72 horas tras el ingreso en los grupos PE y RPMPT y durante la visita antenatal entre las 24 y 34 semanas para el grupo control, recogiendo las variables sociodemográficas y clínicas.

La participación fue voluntaria y con previo consentimiento. Los datos posparto se recopilaron presencialmente en la primera semana y telefónicamente a las seis y 12 semanas posparto, incluyendo las variables obstétrico-neonatales y la medición de las escalas de ansiedad y depresión en ambos grupos.

Variables de estudio

Los resultados principales evaluados fueron la puntuación del nivel de depresión, medida a través de la escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS)^{23,24} y la puntuación del nivel de ansiedad estado, evaluada mediante el cuestionario *State Trait Anxiety Inventory* (STAI-S)²⁵.

La escala EPDS consta de 10 ítems formulados en positivo y negativo, mediante una escala tipo Likert que varía de «0» (no, en ningún momento) a «3» (sí, la mayor parte del tiempo). La puntuación total de la escala varía de 0 a 30. Se aplicó el punto de corte ≥ 13 , validado en la población española, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 77% (Alpha de Cronbach = 0,79). Se interpretaron como: EPDS < 10 (sin riesgo de depresión), 10-12 puntos (riesgo de depresión) y ≥ 13 (probable depresión)^{23,24}.

La escala STAI-S consta de 20 ítems que miden el estado actual de ansiedad mediante respuestas tipo Likert de 0 a 3 (0 = casi nunca/nada; 1 = algo/a veces; 2 = bastante/a menudo; 3 = mucho/casi siempre). La puntuación total varía de 0 a 60, con un punto de corte ≥ 30 para identificar la ansiedad estado. Se utilizó la versión española del inventario de ansiedad desarrollado por Spielberg, con una media poblacional de 23,30 y una consistencia interna de 0,93 (Alpha de Cronbach)²⁶.

Como variables de control, extraídas de las historias clínicas, se registraron las siguientes: edad al reclutamiento (años); origen étnico (europea/no europea); nivel de estudios (sin estudios o primarios vs. secundarios o universitarios); desempleo; estado civil soltera; primiparidad; antecedentes de aborto espontáneo; antecedentes de muerte perinatal; fumadora durante la gestación; hipertensión crónica; dislipemia; cardiopatía; diabetes; edad gestacional al parto (días); peso al nacer (g); retraso del crecimiento fetal (peso al nacimiento por debajo del percentil 10 por edad y sexo); parto por cesárea; parto por cesárea por sufrimiento fetal; pH de la arteria umbilical < 7,15; puntuación de Apgar a los cinco minutos; hospitalización materna en unidad de cuidados obstétricos intermedios (UCOI); hospitalización neonatal en unidad de cuidados intensivos (UCIN).

Análisis estadístico

La normalidad de la distribución de las variables continuas se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables continuas se describieron con media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (IQR). Las variables cualitativas se caracterizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Las diferencias en las variables cuantitativas y cualitativas entre las características basales de los grupos de estudio se evaluaron de forma univariante mediante la prueba t de Student o U de Mann-Whitney y la prueba de X^2 , respectivamente.

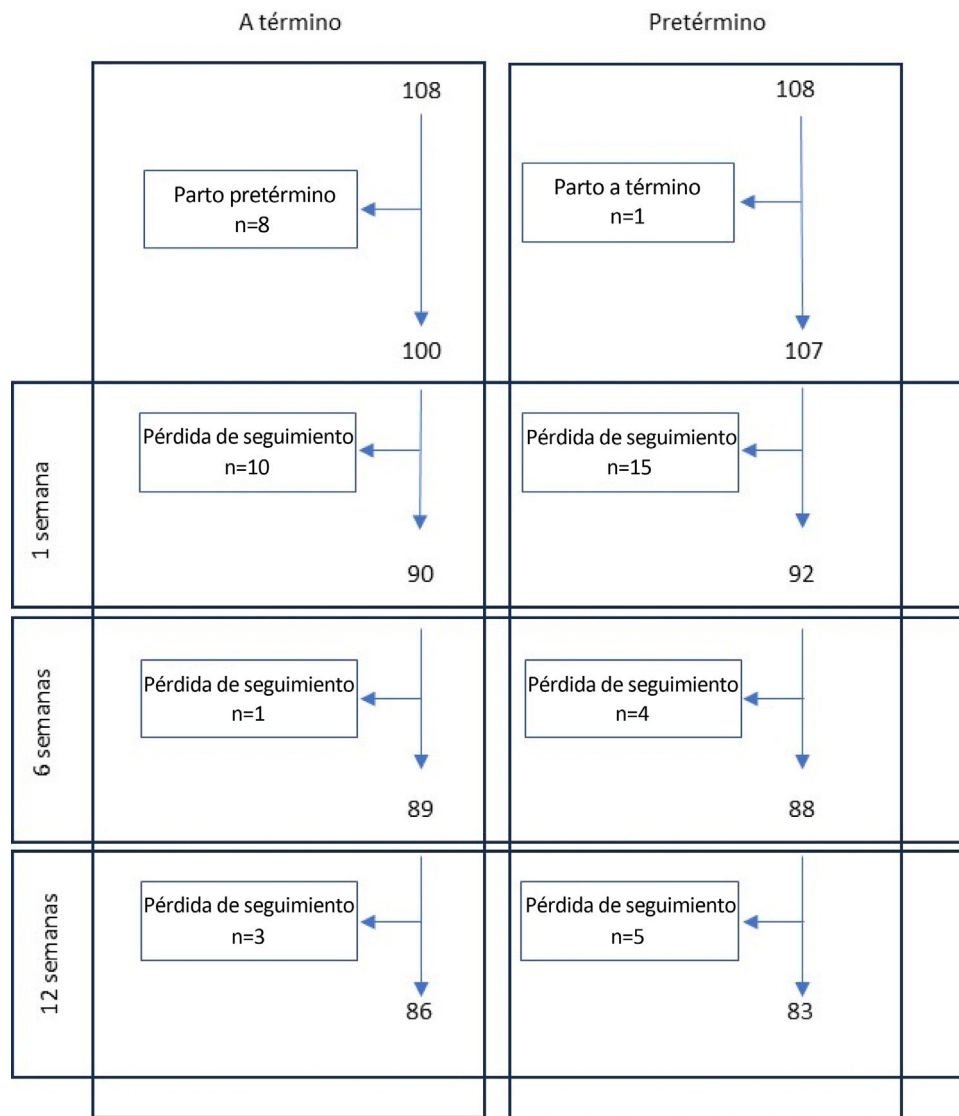
Las medianas se compararon entre grupos mediante regresión de cuantiles. Las tendencias de las puntuaciones STAI-S y EPDS se analizaron mediante regresión lineal mixta con estimación robusta de los errores estándar.

Las diferencias en la proporción de puntuaciones anormales STAI-S (≥ 30) y EPDS (≥ 13) entre los grupos de estudio se evaluaron de forma univariante mediante la prueba de X^2 , y

la tendencia a lo largo del seguimiento mediante regresión logística mixta.

La asociación de los factores basales y obstétricos con las tendencias de las puntuaciones STAI-S y EPDS se analizó mediante regresión lineal mixta con estimaciones robustas de los errores estándar.

El nivel de significación estadística adoptado fue $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 17.0 (Texas, EE. UU.) y para la construcción de gráficos, R (paquete ggplot32, R Core Team [2021], R: A language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).



Esquema general del estudio: Estudio analítico prospectivo de cohorte abierta o dinámica, mediante cuestionario anónimo auto-administrado, en los años 2005 y 2007.

Tabla 1 Características maternas y neonatales

	A término n = 90	Pretérmino n = 92	p
Edad (años) [mediana (IQR)]	35,1 (5,1)	34,9 (5,1)	0,806
Origen no europeo [n (%)]	14 (15,6)	22 (23,9)	0,157
Bajo nivel educativo [n (%)]	4 (4,7)	5 (5,6)	1 ⁺
Desempleo [n (%)]	16 (17,8)	17 (18,5)	0,902
Estado civil soltera [n (%)]	3 (3,3)	3 (3,3)	1 ⁺
Primípara [n (%)]	46 (51,1)	58 (63)	0,104
Aborto espontáneo previo [n (%)]	23 (25,6)	23 (25)	0,931
Muerte perinatal previa [n (%)]	0	9 (9,8)	0,003 ⁺
Fumadora en el embarazo [n (%)]	3 (3,3)	9 (9,8)	0,08
Hipertensión crónica [n (%)]	0	9 (9,8)	0,003 ⁺
Dislipidemia [n (%)]	0	3 (3,3)	0,246 ⁺
Cardiopatía [n (%)]	1 (1,1)	1 (1,1)	1 ⁺
Diabetes [n (%)]	13 (14,4)	14 (15,2)	0,883
Edad gestacional en el momento del parto (días)	278	229	< 0,001 [*]
[mediana (IQR)]	(7,7)	(14,7)	
Peso al nacer (g)	3.282 (421)	1.698	< 0,001 [*]
[mediana (IQR)]		(445)	
Restricción del crecimiento fetal [n (%)]	3 (3,3)	33 (35,9)	< 0,001 [*]
Parto por cesárea [n (%)]	22 (24,4)	65 (69,6)	< 0,001 [*]
Parto por cesárea por sufrimiento fetal [n (%)]	2 (2,2)	16 (17,6)	0,001 [*]
pH de la arteria umbilical < 7,15 ¹ [n (%)]	13 (15,3)	14 (17,1)	0,755
Puntuación de Apgar a los 5 minutos [mediana (IQR)]	10 (0)	9 (1)	1 [§]
Hospitalización materna en UCOI [n (%)]	4 (4,4)	60 (65,2)	< 0,001 [*]
Hospitalización materna en UCOI (días) [mediana (IQR)]	0 (0)	3 (7)	< 0,001 [*]
Ingreso neonatal en UCIN [n (%)]	2 (2,2)	86 (94,5)	< 0,001 [*]
Ingreso neonatal en UCIN (días) [mediana (IQR)]	0 (4)	18,5 (22)	< 0,001 ^{§*}

IQR: rango intercuartílico; UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales; UCOI: Unidad de Cuidados Obstétricos Intermedios. Mediana y rango intercuartílico.

¹ 15 valores perdidos; ⁺ Test exacto de Fisher; [§] Test *U* Mann-Whitney.

^{*} p < 0,01.

Resultados

De las 214 mujeres contactadas durante el embarazo (106 embarazadas sin complicaciones y 108 con complicaciones [55 con RPMPT y 53 con PE]), se excluyeron siete (seis por parto prematuro entre las embarazadas sin complicaciones y una por parto a término en una mujer con RPM). De las 207 mujeres restantes, 182 dieron su consentimiento y fueron seguidas una semana después del parto (90 embarazos sin complicaciones, 46 con RPMPT y 46 con PE). De las 182 mujeres incluidas, cinco de ellas no respondieron a las seis semanas, mientras que ocho no respondieron a las 12 semanas de seguimiento. El esquema general del estudio muestra el flujo de participantes.

La [tabla 1](#) muestra las características basales de las mujeres incluidas. La edad mediana de las participantes fue de 35 años (IQR: 5,1), la mayoría fueron de origen europeo y con nivel socioeconómico medio o alto. Un 57% de las participantes eran nulíparas. Como era de esperar, se observó una mayor incidencia de hipertensión y de ingresos en la UCOI en las madres del grupo de prematuros. Además, los bebés prematuros nacieron con una edad gestacional más temprana, un peso más bajo y tuvieron una estancia más común y prolongada en la UCIN.

Las [figuras 1 y 2](#) muestran la progresión de las escalas STAI-S y EPDS a lo largo del seguimiento posparto. Las tendencias a lo largo del tiempo (regresión lineal mixta) fueron significativamente diferentes entre los grupos a término y pretérmino, tanto para el STAI-S (p < 0,001) como para el EPDS (p < 0,001).

En la [tabla 2](#) se detallan los valores medios (IQR) de STAI-S y EPDS por grupo de estudio. Cabe destacar que las puntuaciones medianas del STAI-S fueron significativamente más altas en la primera semana y a las seis semanas después del parto. Las puntuaciones medianas de la EPDS fueron significativamente más altas a la semana, a las seis y a las 12 semanas después del parto.

La [tabla 3](#) muestra la proporción de STAI-S y EPDS anormales por grupo de estudio. Las tendencias a lo largo del periodo posparto en la frecuencia de STAI-S y EPDS anormales (regresión logística mixta) difirieron significativamente entre los grupos a término y pretérmino con valores de p < 0,001 y 0,004, respectivamente.

La [tabla 4](#) muestra la asociación entre los factores obstétricos y basales y las puntuaciones STAI-S y EPDS. El desempleo se asoció negativamente con las puntuaciones del STAI-S, mientras que el tabaquismo, la RPMPT y la preeclampsia se asociaron positivamente. El origen europeo y el

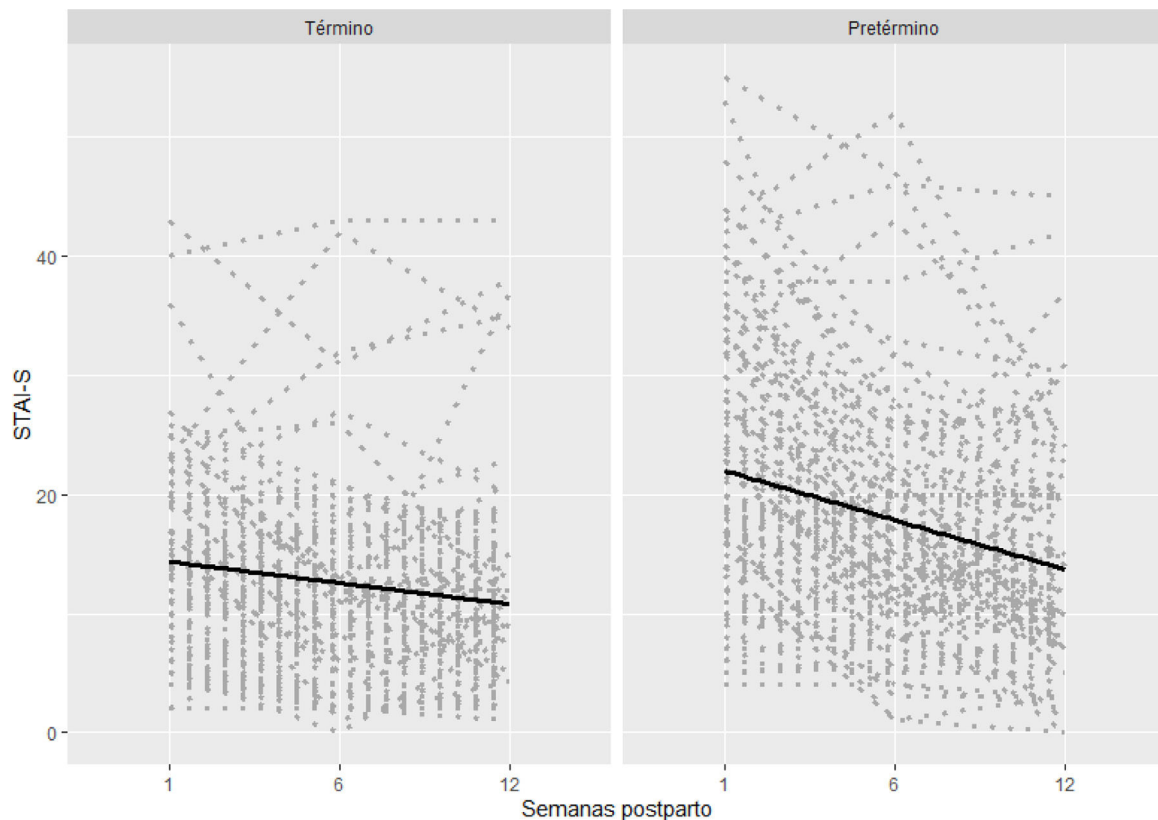


Figura 1 Tendencias a lo largo del tiempo de las puntuaciones STAI-S por grupo de estudio.
STAI: State-Trait Anxiety Inventory; S: state.

Tabla 2 Mediana (rangos intercuartílicos) de STAI-S y EPDS por grupo de estudio

		A término	Pretérmino	p ¹
1 semana	N	90	92	
	STAI-S ≥ 30	14 (8)	19 (18)	0,008**
	EPDS ≥ 13	4 (6)	8 (6)	< 0,001**
6 semanas	N	89	88	
	STAI-S ≥ 30	10,5 (7)	13,5 (10)	0,036*
	EPDS ≥ 13	3 (5)	5 (5)	< 0,001**
12 semanas	N	86	83	
	STAI-S ≥ 30	9 (9)	11 (13)	0,162
	EPDS ≥ 13	2 (5)	4 (7)	0,01*

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; S: state.

p¹ regresión de medianas.

* p < 0,05.

** p < 0,01.

desempleo se asociaron negativamente a las puntuaciones de la EPDS, mientras que el tabaquismo, la RPMPT y la preeclampsia se asociaron positivamente. Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos.

Discusión

En este estudio se evaluó la salud mental de las mujeres durante los tres primeros meses postparto. Se observó que aquellas que tuvieron una complicación obstétrica que requirió de un parto prematuro presentan mayores

niveles de ansiedad y depresión, y una evolución más desfavorable a lo largo del seguimiento postparto. La identificación de esta tendencia podría facilitar la mejora en la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales de la atención a la salud mental de las mujeres, permitiendo a los profesionales de la salud detectar la necesidad de una evaluación más exhaustiva y establecer un plan de intervención adecuado.

A nivel mundial, entre el 13% y el 20% de las mujeres experimentan trastornos mentales, principalmente depresión, durante el postparto²⁷.

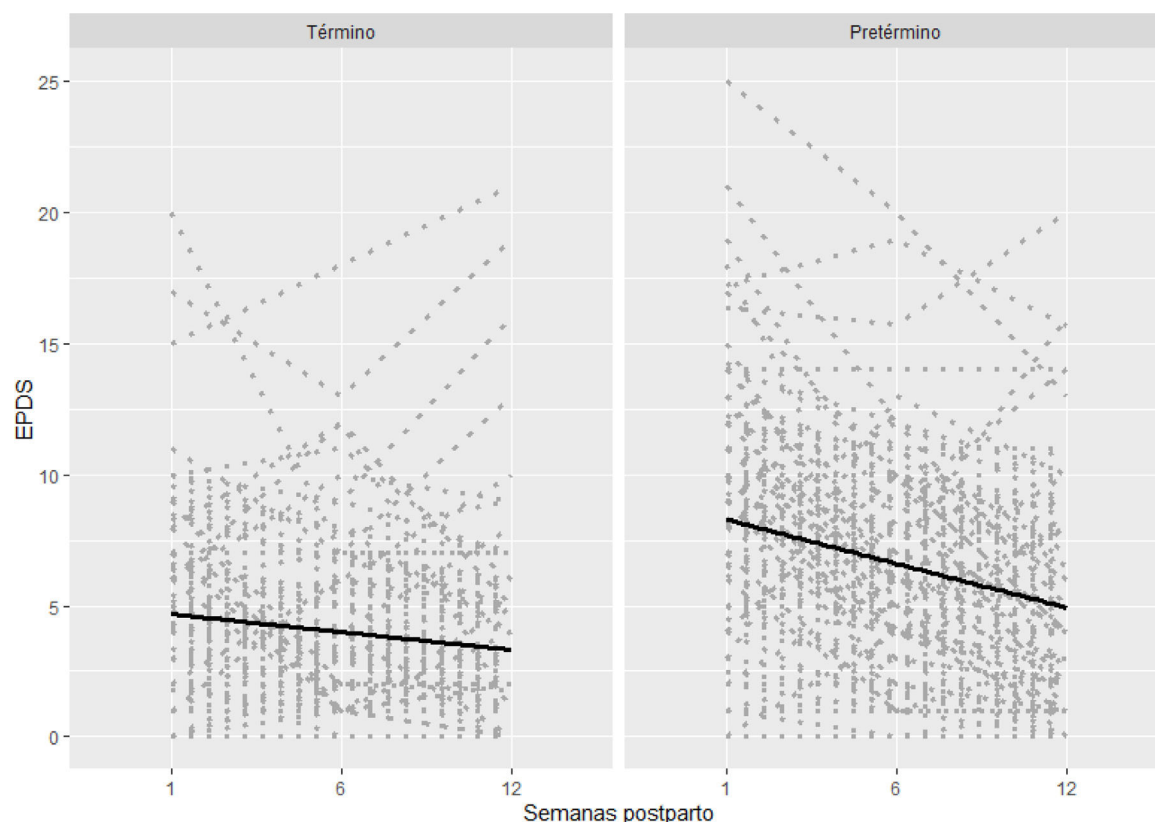


Figura 2 Tendencias a lo largo del tiempo de las puntuaciones EPDS por grupo de estudio.
EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

Tabla 3 Proporción de STAI-S y EPDS anormales por grupo de estudio

		A término	Pretérmino	p ¹
1 semana	N	90	92	
	STAI-S ≥ 30	3 (3,3)	26 (28,3)	< 0,001*
	EPDS ≥ 13	7 (7,8)	36 (39,1)	< 0,001*
6 semanas	N	89	88	
	STAI-S ≥ 30	4 (4,5)	7 (8)	0,34
	EPDS ≥ 13	6 (6,7)	19 (21,6)	0,005*
12 semanas	N	86	83	
	STAI-S ≥ 30	5 (5,8)	5 (6)	0,954
	EPDS ≥ 13	5 (5,8)	10 (12)	0,154

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; S: *state*.

p¹ χ^2 de Pearson.

* p < 0,01.

Nuestros hallazgos revelan que aproximadamente el 40% de las mujeres que dieron a luz prematuramente experimentaron síntomas de depresión, en línea con los resultados de la revisión sistemática de Vigod et al.¹⁷. Más recientemente, un metaanálisis respalda la evidencia de un mayor riesgo de depresión posparto entre las madres de bebés prematuros¹⁶, coincidiendo con nuestros hallazgos de una peor progresión en la escala EPDS.

Los padres de bebés ingresados en unidades neonatales se enfrentan a una serie de experiencias desafiantes que pueden afectar su salud mental, y no solo en forma de depresión, sino también como ansiedad. Un metaanálisis reciente

realizado por Malouf et al.¹⁸, que revisó 56 estudios con 6.036 padres en unidades neonatales de cualquier nivel de atención, encontró que la prevalencia combinada de ansiedad fue del 41,9% (intervalo de confianza [IC] 95% 30,9-53,0) durante el primer mes después del parto. Aunque estas cifras disminuyeron ligeramente después de ese primer mes, aún se mantuvieron significativamente altas, con una prevalencia de ansiedad del 26,3% (IC 95% 10,1-42,5) entre uno y 12 meses después del parto. No obstante, este metaanálisis presentó una elevada heterogeneidad, con prevalencias de ansiedad un mes posparto que variaban entre el 12,6 y el 81,7%. Esta variabilidad refleja las diferencias basales en

Tabla 4 Predictores de las tendencias de las puntuaciones STAI-S y EPDS a lo largo del tiempo (regresión lineal mixta)

	STAI-S		EPDS	
	Coefficiente	p	Coefficiente	p
Origen europeo	-0,93	0,536	-1,54	0,019*
Edad materna > 35	-1,17	0,339	-0,44	0,414
Educación superior	0,56	0,824	0,49	0,656
Desempleo	-2,89	0,048	-1,31	0,041*
Tabaquismo	4,45	0,042	2,73	0,004**
Nuliparidad	0,15	0,903	1,05	0,058
Técnica de reproducción asistida	1,36	0,403	0,06	0,928
RPMP	6,18	< 0,001	2,40	0,001**
Preeclampsia	6,33	< 0,001	1,99	0,011*
Cesárea	1,70	0,269	1,20	0,076
Piel con piel	0,22	0,904	0,35	0,665
Lactancia materna	-0,78	0,211	-0,16	0,531

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; RPMP: rotura prematura de membranas pretérmino; STAI: *State-Trait Anxiety Inventory*; S: *state*.

* p < 0,05.

** p < 0,01.

las poblaciones estudiadas y en los sistemas sanitarios. Solamente uno de los estudios incluidos²⁸ se había realizado en nuestro medio, con seguimiento de un mes, pero solo evaluó la salud mental de los progenitores hombres, no de las mujeres. Nuestros hallazgos indican que la prematuridad es el factor clave para la ansiedad y depresión posparto, superando a la condición médica durante el embarazo. Se encontró que el tabaquismo, la RPMP y la PE se asociaron positivamente con las puntuaciones del STAI-S y EPDS, mientras que el desempleo mostró una asociación negativa. Este estudio ofrece información detallada sobre la salud materna en nuestra población y sistema sanitario.

Un grupo de especial riesgo es el de madres de recién nacidos ingresados en una UCIN. Un estudio realizado en la UCIN del Instituto de Salud Materno Infantil Italiano, durante la hospitalización, encontró que el 43,8% de las madres tenía un puntaje positivo para EPDS, mientras que el 44% lo tenía para STAI²⁹. En la primera observación (a la semana de nacimiento) nuestros hallazgos son consistentes con estos resultados. El regreso a casa después de la UCIN es emocionalmente complejo para los padres, dada la combinación de felicidad por el regreso y las preocupaciones por la salud del bebé y la adaptación a los nuevos roles. Esta transición puede afectar a la salud mental, destacando la importancia de brindar apoyo emocional durante este periodo para promover el bienestar^{21,30}.

Implicaciones clínicas

Nuestros hallazgos destacan la importancia de identificar los trastornos mentales posparto en mujeres con partos prematuros. Esta detección temprana es esencial para implementar intervenciones preventivas efectivas y prevenir así complicaciones a largo plazo. Estos trastornos afectan tanto la salud física como psicológica de la madre, influyendo en sus relaciones interpersonales, en el vínculo con el bebé, el rol materno y en la lactancia. Además, el sui-

cidio representa hasta el 20% de la mortalidad materna posparto^{8,11}.

Es un reto para el sistema sanitario realizar la transferencia de un nivel asistencial hospitalario a uno de atención primaria de manera que no se generen discontinuidades asistenciales. Identificar a las madres en riesgo de padecer trastornos mentales es crucial para un seguimiento adecuado y prevenir complicaciones²⁵.

Limitaciones del estudio

Nuestro estudio presenta diversas limitaciones. La muestra proviene de un solo centro, lo que puede limitar la generalización de nuestros hallazgos a otras poblaciones. Además, no disponemos de evaluaciones de la ansiedad y depresión basales (antes de la complicación obstétrica). Nuestro estudio, pues, no puede establecer una temporalidad entre la exposición y el resultado. Por otro lado, los resultados se basan en autoinformes utilizando escalas de detección de ansiedad y depresión, que, aunque estén validados no constituyen un diagnóstico clínico completo y dificultan la distinción entre «*blues*» posparto y depresión grave. Esto subraya la necesidad de una evaluación clínica especializada para recomendaciones precisas. El estudio se centró en el seguimiento de tres meses posparto, proporcionando una visión detallada de este periodo crítico, pudiendo no capturar completamente el impacto a largo plazo de la prematuridad en la salud mental. Para futuras investigaciones, sería beneficioso considerar muestras más grandes y estudios con evaluaciones clínicas más exhaustivas. Además, aunque nos enfocamos en la salud materna, las consecuencias de la prematuridad también pueden afectar a ambos progenitores^{18,28}.

Conclusión

Este estudio revela un incremento de los niveles de ansiedad y depresión en madres con parto prematuro, mostrando

una progresión más desfavorable durante los tres meses posteriores al parto. Se deriva de nuestros hallazgos la importancia de implementar cribados oportunos y ofrecer intervenciones específicas en estas madres para abordar sus necesidades de salud mental y asegurar una adecuada transición entre los niveles asistenciales hospitalarios y de atención primaria.

Lo conocido sobre el tema

- El periodo posparto representa una etapa emocionalmente compleja para la salud mental de las mujeres, con un aumento documentado de niveles de depresión y ansiedad en el posparto.
- La prematuridad conlleva una carga emocional adicional para los padres, especialmente para las madres, cuyos problemas mentales pueden quedar desplazados y desatendidos por las necesidades del prematuro.
- Los efectos negativos de la ansiedad y la depresión pueden persistir después del alta neonatal.

Qué aporta este estudio

- Las madres de recién nacidos prematuros experimentan peor progresión de los niveles de ansiedad y depresión durante los tres meses posteriores al parto en comparación con las madres de bebés a término.
- Se resalta la necesidad de cribados e intervenciones específicas y asegurar una adecuada transición entre los niveles asistenciales hospitalarios y de atención primaria para mejorar la salud mental de las madres de bebés prematuros.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue realizado de acuerdo con el código ético de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki). El estudio fue evaluado y recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona (Reg. HCB/2016/0489). Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo respecto a la publicación de los datos de pacientes. La participación en el estudio fue voluntaria, se recogió el consentimiento informado de todos los pacientes y se garantizó su anonimato según el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de la IA generativa y las tecnologías asistidas por IA en el proceso de escritura

Durante la preparación de este trabajo, los autores utilizaron ChatGPT, un modelo de lenguaje desarrollado por OpenAI (San Francisco, California, Estados Unidos), para mejorar la legibilidad y el lenguaje del trabajo. Después de emplear esta herramienta, los autores revisaron y editaron el contenido según fuera necesario y asumen total responsabilidad por el contenido de la publicación.

Agradecimientos

A todas las mujeres participantes en el estudio.

Bibliografía

1. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014;384:1775–88.
2. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwigant D, Abalos E, et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Heal*. 2024;12:e317–30.
3. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11:543.
4. Smythe KL, Petersen I, Schartau P. Prevalence of Perinatal Depression and Anxiety in Both Parents A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022;5, e2218969.
5. Wells T. Postpartum Depression: Screening and Collaborative Management. *Prim Care*. 2023;50:127–42.
6. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The Prevalence of Anxiety Disorders during Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2019;80, 18r12527.
7. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92.
8. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2019;87:273–7.
9. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014;384:1800–19.
10. Rees S, Channon S, Waters CS. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28:257–80.
11. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Heal*. 2019;15:1–55.
12. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018;8:248.
13. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:415–24. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4).

14. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal And Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance. NICE Clin Guidel [Internet; consultado Abr 2024]. 2015;(4-51). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg45>
15. Walani SR. Global burden of preterm birth. *Int J Gynaecol Obs.* 2020;150:31–3.
16. Figueiredo De Paula JA, Gonçalves De Rezende M, Rossi Menezes P, Del-Ben CM. Preterm birth as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;259:392–403.
17. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG.* 2010;117:540–50.
18. Malouf R, Harrison S, Burton HAL, Gale C, Stein A, Franck LS, et al. Prevalence of anxiety and post-traumatic stress (PTS) among the parents of babies admitted to neonatal units: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022;43:101233, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101233>.
19. Kılıçlı A, Saraçoğlu G, Büyükbodur AÇ. Stress, Anxiety, and Postpartum Depression in Parents with Premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Florence Nightingale J Nurs.* 2023;31:82–90.
20. Njoroge WFM, Gerstein ED, Lean RE, Paul R, Smyser CD, Rogers CE. Neonatal Intensive Care Unit Latent Profiles of Maternal Distress: Associations With 5-Year Maternal and Child Mental Health Outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023;62:1123–33.
21. Franck LS, Gay CL, Hoffmann TJ, Kriz RM, Bisgaard R, Cormier DM, et al. Maternal mental health after infant discharge: a quasi-experimental clinical trial of family integrated care versus family-centered care for preterm infants in U.S. NICUs. *BMC Pediatr.* 2023;23:1–10.
22. Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al., International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *Hypertension.* 2018;72:24–43.
23. Garcia-Estevé L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* 2003;75:71–6.
24. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782–6.
25. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-trait Anxiety Inventory. 1 ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
26. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI: cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Manual (adaptación española). 6.ª ed. Madrid: TEA, S.A; 1998.
27. WHO. Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet; consultado Abr 2024]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/19-09-2022-launch-of-the-who-guide-for-integration-of-perinatal-mental-health>.
28. Cajiao-Nieto J, Torres-Gimenez A, Merelles-Tormo A, Botet-Mussons F. Paternal symptoms of anxiety and depression in the first month after childbirth: A comparison between fathers of full term and preterm infants. *J Affect Disord.* 2021;282:517–26.
29. Bua J, Dalena P, Mariani I, Girardelli M, Ermacora M, Manzon U, et al. Parental stress, depression, anxiety and participation in care in neonatal sectional intensive care unit: a cross-study in Italy comparing mothers versus fathers. *BMJ Paediatr Open.* 2024;8, e002429.
30. Hua W, Zhou J, Wang L, Li C, Zheng Q, Yuwen W, et al. «It turned my life upside down»: Parents' emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home-A qualitative study. *Aust Crit Care.* 2023;36: 679–86.