

# Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale

J.M. Sierra Manzano<sup>a,b</sup>, T. Carro García<sup>a</sup> y E. Ladrón Moreno<sup>a,c</sup>

**Objetivo.** Conocer algunas de las variables asociadas con valores de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) indicativos de depresión posparto en mujeres residentes en la provincia de Soria.

**Diseño.** Estudio de casos y controles de base poblacional.

**Emplazamiento.** Área de salud de Soria.

**Participantes.** Mujeres residentes en Soria asistidas por parto en el Hospital General del INSALUD entre los meses de enero a octubre de 2000.

**Mediciones principales.** Cuestionario remitido por correo, en el que constan variables socioeconómicas, antecedentes patológicos, datos ginecológicos y obstétricos, la EPDS y el test Apgar Familiar; se consideraron válidos los completados entre las semanas 3 y 8 posparto.

**Resultados.** Se recibieron 340 cuestionarios de los 556 remitidos (tasa de respuesta del 61,2%). Se excluyeron 34 por falta de datos o errores manifiestos. El 15,7% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 11,6-19,8) de las mujeres puntúan 13 o más en la EPDS y presentan riesgo de padecer depresión posparto. Las variables que se le asocian de forma independiente son: edad de la madre, situación económica mala o muy mala, antecedentes personales de alteración del estado de ánimo, recibir anestesia durante el parto y disfunción familiar.

**Conclusiones.** El riesgo de depresión posparto se relaciona principalmente con variables socioeconómicas y familiares. La detección de dichas variables y la aplicación de la EPDS tras el parto alertan sobre una posible depresión posparto, lo que permite iniciar su estudio y seguimiento en beneficio de la madre y de la posterior evolución del recién nacido.

**Palabras clave:** Depresión posparto. EPDS. Apgar Familiar.

## VARIABLES ASSOCIATED WITH THE RISK OF POSTNATAL DEPRESSION

**Objective.** To find some of the variables associated with values on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) which suggest postnatal depression in women living in the province of Soria.

**Design.** Population-based case study with controls.

**Setting.** Soria Health Region.

**Participants.** Women living in Soria giving birth in the INSALUD General Hospital between January and October 2000.

**Main measurements.** Questionnaire sent by mail, containing socio-economic variables, pathology background, gynaecological and obstetric details, the EPDS and the APGAR Family score. Those questionnaires filled in between the third and eighth week after birth were considered valid.

**Results.** 340 questionnaires out of 556 sent out were received back (61.2% reply rate). 34 were excluded for lack of data or evident mistakes. 15.7% (95% CI, 11.6-19.8) of the women scored 13 or more on the EPDS and were at risk of suffering postnatal depression. The independent variables associated with postnatal depression were: age of mother, poor or very poor economic situation, personal history of disturbed states of mind, being anaesthetised during birth and family dysfunction.

**Conclusions.** The risk of postnatal depression was mainly related to socio-economic and family variables. Identification of these variables along with application of the EPDS after giving birth raises the alarm for a possible postnatal depression, and enables the study and follow-up in benefit of the mother and of the subsequent evolution of the newborn to be initiated.

**Key words:** Postnatal depression. EPDS. Family APGAR.

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>b</sup>Tutor de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Soria Norte. Soria.

<sup>c</sup>Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Soria.

Correspondencia:  
José M. Sierra Manzano.  
Avda. Valladolid, 28, 6.º dcha.  
42001 Soria.

Correo electrónico:  
jsierra@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 16-I-2002.

## Introducción

Durante el embarazo, parto y puerperio sucede en la mujer una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos, que en el posparto se clasifican en<sup>1</sup>: depresión leve posparto o *maternity blues* (síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del parto y afecta al 50-80% de las mujeres que han dado a luz<sup>2</sup>; suele desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en unas dos semanas), depresión mayor posparto (se inicia entre las 2-8 semanas tras el parto, y en ocasiones incluso tras varios meses, de forma característica como una depresión melancólica con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para hacerse cargo del hijo y de ambivalencia afectiva hacia el mismo<sup>3</sup>, que tratada de forma adecuada suele ser relativamente corta y de buen pronóstico, aunque el riesgo de recurrencia en posteriores embarazos es de uno de cada siete<sup>4</sup>) y psicosis posparto (cuadro grave que se presenta tras el parto en 1-2 por 1.000 mujeres que en el 50-60% son primíparas; aparece de forma brusca entre los pocos días y las primeras 8 semanas, las recurrencias suelen ser frecuentes, y en ocasiones hay que separar a la madre del hijo si se presentan ideas auto o heteroagresivas<sup>5</sup>). Por ser un problema frecuente, poco diagnosticado a pesar de no ser difícil de detectar si se está alerta y se conocen los medios, y dado que su tratamiento comporta importantes beneficios para la estabilidad de la unidad familiar y para el posterior desarrollo de los hijos, así como por ser competencia, en primera instancia, de los profesionales de atención primaria, nos planteamos realizar un estudio para conocer las variables relacionadas en nuestro medio, en especial las socioeconómicas y las relacionadas con el embarazo y el parto, con valores de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) indicativos de depresión posparto, con el convencimiento de que, una vez conocidas, podremos identificar durante las visitas preconcepcionales o durante las de control del embarazo a aquellas mujeres de riesgo elevado y realizar, en su caso, diagnóstico y tratamiento lo más tempranos posible tras el parto.

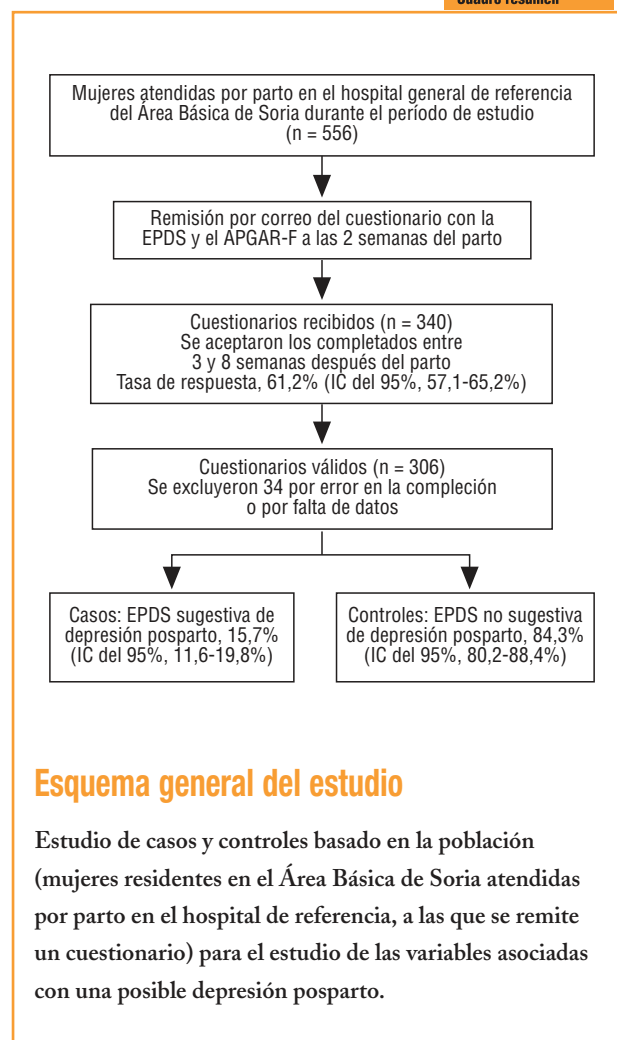
## Material y métodos

Se ha realizado la investigación desde la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Soria entre los meses de enero y octubre, ambos inclusive, de 2000.

### Participantes

La población estudiada corresponde a las mujeres residentes en Soria cuyo parto tuvo lugar entre las fechas indicadas y que fueron asistidas en el Hospital General del INSALUD. Se trata de un estudio de casos (mujeres con una puntuación de la EPDS  $\geq$

## Material y métodos Cuadro resumen



13, indicativa de depresión posparto) y controles (mujeres con una EPDS < 13) de base poblacional<sup>6</sup>.

### Recogida de datos

Se les remitió por correo un cuestionario que contenía:

- *Variables socioeconómicas*: edad de la madre en el momento del parto, nivel de estudios (sin estudios, primarios, medios o superiores), situación laboral (si trabaja o no la mujer fuera de casa habitualmente), estado civil (casada o con pareja estable u otras situaciones), situación económica subjetiva (muy buena, buena, normal, mala o muy mala) y pérdida del trabajo durante la gestación (no renovación de contrato o despido laboral durante el embarazo).
- *Relación con la pareja*: ayuda habitual de la pareja en las tareas domésticas (bastante, suficiente, poco o nada), problemas de convivencia con la pareja durante la gestación y planificación del embarazo (gestación última planificada o no con antelación).
- *Patología médica previa de la gestante* (problemas psicológicos, cardiopatía, diabetes, hipertensión, alteraciones tiroideas) o de depresión en sus familiares de primer grado.
- *Historial ginecológico y obstétrico*: número de hijos anteriores al embarazo actual, número de abortos anteriores, tratamiento mé-

dico para conseguir el embarazo (si lo precisaron o no) y complicaciones durante la gestación última (amenaza de aborto, diabetes, hipertensión, hiperemesis que precisó control médico, eclampsia o preeclampsia).

– *Complicaciones durante la gestación y características del parto*: tipo de parto (eutócico, instrumental o cesárea), utilización de anestesia (tanto por analgesia epidural como por cesárea) y complicaciones del recién nacido (sufrimiento del recién nacido, prematuridad, bajo peso [ $< 2.500$  g] o peso elevado [ $> 4.000$  g], ictericia que precisara tratamiento, malformaciones y lesiones óseas). Se incluyeron asimismo:

– La EPDS<sup>7</sup>, que fue desarrollada en los centros de salud de Livingston y Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria en la detección de la depresión posnatal (consta de 10 preguntas cortas autoaplicadas que hacen referencia a cómo se han sentido las madres durante la última semana; cada una de las respuestas es valorada de 0 a 3 puntos, obteniendo la puntuación global con la suma de todas ellas. Un total de 13 o más puntos indica la probabilidad de padecer el trastorno depresivo. Su sensibilidad y especificidad son variables según los estudios, pero en una revisión realizada por Eberhard-Gran et al<sup>8</sup> sobre 18 estudios de validación de la EPDS entre los años

**TABLA 1** Variables asociadas significativamente con el riesgo de depresión posparto (media e IC del 95% para variables cuantitativas y porcentaje e IC del 95% para variables cualitativas)

| Variables                                                   | EPDS $\geq 13$ [n = 48; 15,7% (11,6-19,8)] | EPDS $< 13$ [n = 258; 84,3% (80,2-88,4)] | p          |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|------------|
| Edad de la madre                                            | 30,2 (28,8-31,5)                           | 31,8 (31,3-32,3)                         | $< 0,05$   |
| Estudios                                                    |                                            |                                          | $< 0,05$   |
| Sin estudios/primarios                                      | 41,7 (27,6-56,8)                           | 22,9 (17,7-28)                           |            |
| Medios/superiores                                           | 58,3 (43,2-72,4)                           | 77,1 (72-82,3)                           |            |
| Situación económica                                         |                                            |                                          | $< 0,001$  |
| Muy buena/buena/normal                                      | 81,3 (67,1-91)                             | 97,7 (95-99,1)                           |            |
| Mala/muy mala                                               | 18,8 (8,9-32,6)                            | 2,3 (0,8-5)                              |            |
| Situación laboral                                           |                                            |                                          | $< 0,05$   |
| Trabaja fuera de casa                                       | 48 (33,3-62,8)                             | 65,9 (60,1-71,7)                         |            |
| No trabaja fuera de casa                                    | 52 (37,2-66,7)                             | 34,1 (28,3-39,9)                         |            |
| Pérdida de puesto de trabajo durante la gestación/puerperio |                                            |                                          | $< 0,01$   |
| Sí                                                          | 25 (13,6-39,6)                             | 5,8 (3,3-9,4)                            |            |
| No                                                          | 75 (60,4-86,4)                             | 94,2 (90,6-96,7)                         |            |
| Problemas de relación con la pareja                         |                                            |                                          | $< 0,05$   |
| Sí                                                          | 14,6 (6-27,6)                              | 3,5 (1,6-6,5)                            |            |
| No                                                          | 85,4 (72,2-94)                             | 96,5 (93,5-98,4)                         |            |
| Antecedentes personales de ansiedad/depresión               |                                            |                                          | $< 0,05$   |
| Sí                                                          | 13 (5-26,3)                                | 3,8 (1,7-7)                              |            |
| No                                                          | 87 (73,7-95)                               | 96,2 (93-98,3)                           |            |
| Analgesia epidural                                          |                                            |                                          | $< 0,01$   |
| Sí                                                          | 54,3 (39-69,1)                             | 32,8 (26,8-38,7)                         |            |
| No                                                          | 45,7 (30,9-61)                             | 67,2 (61,3-73,2)                         |            |
| Uso de anestesia                                            |                                            |                                          | $< 0,001$  |
| Sí                                                          | 78,3 (63,6-89,1)                           | 52,9 (46,4-59,3)                         |            |
| No                                                          | 21,7 (10,9-36,4)                           | 47,1 (40,7-53,4)                         |            |
| Patología en el recién nacido                               |                                            |                                          | $< 0,05$   |
| Sí                                                          | 51,3 (34,8-67,6)                           | 31,6 (25,6-37,6)                         |            |
| No                                                          | 48,7 (32,4-65,2)                           | 68,4 (62,4-74,4)                         |            |
| Puntuación EPDS                                             | 15,7 (14,8-16,6)                           | 5,6 (4,6-6,6)                            | $< 0,0001$ |
| Puntuación Apgar familiar                                   | 6,8 (6-7,6)                                | 8,8 (8,6-9)                              | $< 0,0001$ |
| Función familiar                                            |                                            |                                          | $< 0,0001$ |
| Alta/moderada disfunción                                    | 39,6 (25,8-54,7)                           | 11,2 (7,4-15,1)                          |            |
| Sin disfunción                                              | 60,4 (45,3-74,2)                           | 88,8 (84,9-92,6)                         |            |

EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; IC: intervalo de confianza.

**TABLA 2**
**Odds ratio (OR) y riesgo atribuible en expuestos (RAe) de las variables cualitativas asociadas a una EPDS indicativa de depresión posparto**

|                                                                | OR (IC del 95%) | RAe* |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|------|
| No tener estudios/sólo primarios                               | 2,4 (1,3-4,6)   | 58%  |
| Situación económica subjetiva habitual mala o muy mala         | 9,7 (3,3-28,7)  | 89%  |
| No trabajar habitualmente fuera de casa                        | 2,1 (1,2-3,9)   | 52%  |
| Pérdida del puesto de trabajo durante la gestación             | 5,4 (2,3-12,5)  | 81%  |
| Problemas de relación con la pareja en el último año           | 4,7 (1,6-13,4)  | 78%  |
| Antecedentes personales de alteración del estado del ánimo     | 3,8 (1,3-11,3)  | 73%  |
| Recibir anestesia epidural durante el último parto             | 2,4 (1,3-4,6)   | 58%  |
| Recibir anestesia (epidural o cesárea) durante el último parto | 3,2 (1,5-6,7)   | 68%  |
| Patología medicoquirúrgica en el recién nacido                 | 2,2 (1,2-4,2)   | 54%  |
| Disfunción familiar moderada/alta                              | 5,2 (2,6-10,4)  | 80%  |

\*Si considerásemos que la asociación observada es de carácter causal, la fracción etiológica o RAe sería la parte de los casos que no habría aparecido si se hubiese eliminado la causa en cuestión<sup>11</sup>. EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; IC: intervalo de confianza.

1987 y 2000 oscilaron entre el 65-100% y el 49-100%, respectivamente.

– *El test Apgar familiar*<sup>9,10</sup>, que cuantifica la existencia y grado de disfunción familiar autopercebida por el encuestado mediante 5 preguntas de respuesta cerrada con puntuación de 0 a 2; la puntuación global obtenida de la suma de todas ellas clasifica la disfunción en grave (0-3 puntos), moderada (4-6 puntos) y no disfunción (7-10 puntos); creamos posteriormente una nueva variable, «presencia o no de disfunción familiar», agrupando los casos con disfunción moderada y grave.

### Análisis de los datos

Se consideraron válidos para su estudio los cuestionarios completados por la mujer entre las 3 y 8 semanas. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS 10, estudiando la distribución de frecuencias (medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas), frecuencias relativas (para variables cualitativas), prueba de la  $\chi^2$  de Pearson, con o sin corrección de Yates, y la prueba exacta de Fisher (para la comparación de dos variables cualitativas con datos independientes), prueba de la t de Student (para la comparación de variables cuantitativas con datos independientes), ANOVA (para contrastar la hipótesis de que varias medias son iguales), medidas de asociación (*odds ratio*), medidas de comparación absoluta (riesgo atribuible en expuestos o fracción etiológica). Se realizó una regresión logística, introduciendo las variables en el modelo por el método de inclusión por pasos.

## Resultados

Se remitieron 556 cuestionarios por correo para ser completados por aquellas mujeres residentes en Soria cuyo parto transcurrió durante los 10 primeros meses del año 2000 en el Hospital del INSALUD de referencia para la provincia. De éstos se recibieron 340 (61,2%), considerando 34 de ellos, por diversos motivos, incorrectamente completados, por lo que resultaron finalmente válidos para el estudio un total de 306 (55%). La edad media de estas mujeres es de 31,5 años (intervalo de confianza [IC] del 95%,

31-32), están casadas el 94,7% (IC del 95%, 95-99%) y la media de las semanas tras el parto en que completaron el cuestionario es de 5,5 (IC del 95%, 5,4-5,7).

No presentaron una relación estadísticamente significativa con una EPDS  $\geq 13$ : la presencia de patología médica (no psíquica) en la mujer previa al embarazo, el estado civil de la gestante distinto de casada, el número de abortos anteriores, el número de hijos anteriores, la escasa ayuda habitual de la pareja en las tareas domésticas, el cambio de domicilio durante el embarazo o puerperio, la pérdida de un ser querido durante el embarazo o puerperio, los antecedentes de depresión en familiares de primer grado, la no planificación del embarazo, recibir tratamiento especializado para conseguir la gestación, la presencia de complicaciones obstétricas durante el embarazo y el parto por cesárea.

En la tabla 1 se recogen las variables (transformadas las cualitativas en dicotómicas) que han resultado estadísticamente asociadas con una posible depresión posparto, con los valores para la EPDS  $\geq 13$  (48 casos, 15,7%; IC del 95%, 11,6-19,8) y para la EPDS  $< 13$  (258 controles, 84,3%; IC del 95%, 80,2-88,4) y su significación estadística (p). El único subgrupo de edad en el que la puntuación media de la EPDS es significativamente mayor que en el resto, lo que comporta un mayor riesgo de depresión, corresponde al de mujeres menores de 24 años (p < 0,05). En la tabla 2 se presenta, para las mismas variables, la *odds ratio* (OR) y el riesgo atribuible en expuestos (RAe) o fracción etiológica. En la tabla 3 se expone el resultado de la regresión logística, que indica las variables que están relacionadas de forma independiente con una EPDS  $\geq 13$ : la edad de la madre en el momento del parto, una situación económica subjetiva mala o muy mala, el recibir anestesia durante el último parto (sea epidural o por cesárea), tener antecedentes personales de alteración del estado de ánimo y presentar una disfunción familiar moderada o alta.

**TABLA 3****Regresión logística. Variables asociadas de forma independiente a una EPDS indicativa de depresión posparto**

|                                                                       | B      | Significación | Exp (B) y OR (IC del 95%) |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|---------------|---------------------------|
| Edad de la madre                                                      | -0,905 | 0,033         | 0,9 (0,833-0,992)         |
| Situación económica subjetiva mala o muy mala                         | 1,615  | 0,001         | 5 (2,245-11,156)          |
| Antecedentes personales de alteraciones del estado de ánimo           | 0,782  | 0,048         | 2,186 (1,008-4,738)       |
| Recibir anestesia durante el último parto                             | 1,332  | 0,002         | 3,740 (1,653-8,589)       |
| Disfunción familiar moderada o alta (Apgar familiar entre 0-6 puntos) | 2,112  | 0,001         | 8,212 (2,427-28,234)      |
| Constante                                                             | 3,070  |               |                           |

EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza.**TABLA 4****Revisión de estudios con EPDS  $\geq 13$ , según autor, país y año**

| Autores                                 | País      | Año  | % EPDS $\geq 13$ (IC del 95%) |
|-----------------------------------------|-----------|------|-------------------------------|
| Shapper et al <sup>27</sup>             | EE.UU.    | 1994 | 8 (5,2-11,8)                  |
| Augusto et al <sup>26</sup>             | Portugal  | 1996 | 13,1 (9,6-16,6)               |
| Lane et al <sup>28</sup>                | Irlanda   | 1997 | 11 (7,9-14,3)                 |
| Machado Ramírez et al <sup>25</sup>     | España    | 1997 | 15,8 (11,8-19,8)              |
| Bagedahl-Strindlund et al <sup>11</sup> | Suecia    | 1998 | 14,5 (12,5-16,5)              |
| Brown y Lumley <sup>15</sup>            | Australia | 2000 | 16,9 (14,9-18,9)              |
| Soria                                   | España    | 2000 | 15,7 (11,6-19,8)              |

EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo; IC: intervalo de confianza.

**TABLA 5****Valores obtenidos con el Apgar Familiar: tabla comparativa**

|                                 | Smilkstein <sup>9</sup> | Casarrubios et al <sup>41</sup> | Bellon et al <sup>22</sup> | Soria total   | Soria EPDS $\geq 13$ | Soria EPDS $< 13$ |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------|----------------------|-------------------|
| Alta función (%)                | 85                      | 87,06                           | 84                         | 84,3          | 60,4                 | 88,8              |
| Moderada/alta disfunción (%)    | 15                      | 12,94                           | 16                         | 15,7          | 39,6                 | 11,2              |
| Puntuación ( $\bar{X} \pm DE$ ) | 8,2 $\pm$ 2,1           | 8,7 $\pm$ 2,1                   | 8,4 $\pm$ 2,3              | 8,5 $\pm$ 2,1 | 4,4 $\pm$ 1,6        | 9,2 $\pm$ 1,0     |

## Discusión

La aplicación de los resultados obtenidos podría verse afectada por diversas circunstancias. En primer lugar, se ha asumido que la totalidad de los partos acontecidos en la provincia de Soria son atendidos en el Hospital del INSALUD de referencia, y por ello de sus archivos se ha extraído la población aun a sabiendas de que una mínima proporción de embarazadas opta por la asistencia privada o por el desplazamiento a otras provincias; podríamos hablar de un sesgo de selección, aunque en nuestra opinión, en este caso, no se ve afectada la representatividad de la muestra, dado su mínimo porcentaje. Debido a las condiciones sociodemográficas de la provincia de Soria (escasa población con gran dispersión) y de nuestras pretensiones de realizar un estudio de ámbito provincial para evitar variaciones según la zona de re-

sidencia (urbana o rural), se decidió realizar el estudio mediante encuesta autoadministrada remitida por correo, a pesar de reconocer *a priori* que la memoria de los pacientes respecto a antecedentes personales o familiares es frágil y que en los estudios que requieren la cooperación de las personas a investigar suele existir un número importante de no respondedores, y que con la cobertura incompleta de la población, sea ésta total o muestral, aparece la posibilidad de sesgos que dificultan tanto la aplicación de los resultados a la población de estudio como su generalización a poblaciones más amplias. Este sistema, aun reconociendo sus deficiencias, ha sido utilizado sin embargo en numerosos estudios referidos a la depresión posparto, tanto en EE.UU.<sup>12</sup> como en Australia<sup>13</sup>, así como en otros de temas diferentes al que nos ocupa<sup>14</sup>. Brown y Lumley<sup>15</sup> obtienen, utilizando idéntica metodología, una respuesta del 62,5%, similar a la ob-



## Lo conocido sobre el tema

- La depresión posparto es un importante problema de salud, en la actualidad infradiagnosticado.
- La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) es un instrumento de cribado ampliamente utilizado para su detección.
- Los antecedentes personales de depresión, ciertas variables socioeconómicas (paro, bajo nivel de ingresos, falta de apoyo familiar y social) y factores estresantes durante el embarazo o parto se asocian con la depresión posparto.

## Qué aporta este estudio

- El 15,7% de las mujeres del Área Básica de Soria presenta una EPDS indicativa de depresión posparto.
- Se objetiva, mediante el test Apgar familiar, que la disfunción familiar se relaciona estrechamente con la depresión posparto (OR = 5,2).
- En espera de posteriores estudios que lo confirmen, el uso de anestésicos durante el parto (por cesárea o analgesia epidural) se relaciona con la aparición de depresión posparto (OR = 3,2).

tenida en el presente estudio (índice de respuesta que calificamos, no obstante, de moderado-bajo).

Por otro lado, la depresión posparto es un término clínico referido a un trastorno depresivo mayor asociado temporalmente con el parto<sup>16</sup>, y no ha sido catalogada como una entidad diferenciada en ninguna clasificación internacional; la única salvedad que hace el DSM-IV<sup>17</sup> es que permite añadir el criterio de «inicio en el posparto» para aquellas pacientes cuyo trastorno acontece dentro de las 4 primeras semanas tras el mismo. Entre los diversos instrumentos utilizados para su detección (Bromley Postnatal Depression Scale, Zerssen Self-Rating Scale, Zung Scale, etc.) destaca por su amplia utilización y múltiples validaciones la EPDS, cuestionario simple de administrar, fácil de interpretar y con una sensibilidad suficiente para considerarlo de elección para la sospecha de la depresión posnatal en atención primaria<sup>18,19</sup>; a pesar de ello existen discrepancias en cuestiones como el punto de corte, la fecha de aplicación tras el parto y su posible repetición, así como las derivadas de ser únicamente un método de cribado que nos indicará no la presencia de una depresión posparto, sino la existencia de una posibilidad, ciertamente elevada en este caso, de padecerla, y que deberá ser confirmada con

otros métodos diagnósticos. En nuestro estudio hemos utilizado una traducción propia del inglés de la EPDS, ya que la única validación al castellano, en ese momento, no era española, sino la realizada en Chile por Jadresic et al<sup>20</sup>. Con posterioridad se ha presentado en el Women's Mental Health (World Congress) la validación realizada por García-Esteve et al. Reconociendo la utilidad de la EPDS para el diagnóstico inicial de la depresión posparto en el ámbito de la atención primaria, recomiendan la derivación de la paciente al psiquiatra cuando el resultado sea superior a los 11 puntos, en vez de los 13 que se suele tener en cuenta en el ámbito internacional<sup>21</sup>.

Frente a algunos autores que cuestionan la sensibilidad y utilidad práctica del cuestionario Apgar Familiar, Bellón et al<sup>22</sup>, que han estudiado en nuestro país, entre otros, su validez y fiabilidad, lo consideran una herramienta útil para conocer la situación familiar y su posible papel en el origen de los conflictos y en su solución, y dada su simplicidad, posiblemente sea el cuestionario de elección con este fin en la práctica clínica. Rodríguez et al<sup>23</sup> lo aceptan como una técnica adecuada para el acercamiento científico a la disfunción familiar, orientada hacia procesos crónicos y mentales donde el sistema familiar resulta imprescindible para el tratamiento y rehabilitación del enfermo. Por último, Loayssa et al<sup>10</sup>, cuya traducción del Apgar realizada por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia para su uso con embarazadas hemos utilizado, lo consideran el instrumento más conocido y usado para la identificación de las disfunciones familiares. Al plantear la hipótesis de que la disfunción familiar puede actuar como factor predisponente para la depresión posparto, y realizar el Apgar familiar y la EPDS en un mismo instante, podría entenderse que rompemos la premisa de la precedencia temporal<sup>24</sup>, ya que sería imposible establecer un orden cronológico; creemos, no obstante, que la EPDS estudia la situación personal durante la última semana, mientras que el Apgar familiar, aunque no se explicita, recoge las vivencias de períodos más prolongados, por lo que creemos poder considerarla como situación previa en el tiempo.

En la tabla 4 se expone la frecuencia de EPDS  $\geq 13$  obtenida en diversos estudios realizados en la mayoría de los continentes; destacamos la similitud de nuestros resultados con los de Machado et al<sup>24</sup> en Albacete (15,8%; IC del 95%, 11,8-19,8%), con un número similar de mujeres estudiadas (306 frente a 304), y que nos sitúan en el intervalo superior de la frecuencia generalmente reconocida (10-15%)<sup>29</sup>.

En la mayoría de los estudios, la edad de la madre<sup>30</sup> no suele ser una de las variables relacionadas con una EPDS indicativa de depresión posparto; a pesar de ello encontramos en el nuestro que dichas mujeres tienen una edad media significativamente inferior. Si realizamos el análisis por grupos de edad, son las mujeres más jóvenes (menores de 24 años) las que presentan unas puntuaciones en la EPDS significativamente superiores las demás. A ello podría con-

tribuir el que en este grupo de mujeres los porcentajes de bajo nivel de estudios, ausencia de pareja estable, menor planificación del embarazo, falta de actividad laboral o pérdida de la misma durante la gestación o tras el parto y peor situación económica sean superiores a los del resto. La *Guía de salud mental en atención primaria*<sup>31</sup> sí recoge como factor de riesgo para la depresión atípica del posparto la edad de la madre: más frecuente antes de los 20 años y después de los 30.

Parece existir evidencia en que la desigualdad económica tiene efectos adversos sobre la salud<sup>32</sup>, pero en relación con una posible depresión posparto los resultados son cuando menos contradictorios, incluso en los estudios realizados en nuestro país. No obstante, es probable que las desventajas socioeconómicas actúen como un factor de vulnerabilidad que disminuya el umbral para la depresión ante varios tipos de adversidades. Según nuestros datos, la mala situación económica de la mujer sería una de las variables con mayor fuerza en la asociación con una posible depresión posparto, criterio compartido por Augusto et al<sup>26</sup> en su estudio realizado en Portugal, y sería llamativa su presentación junto a la ausencia de planificación del embarazo, la ausencia de pareja estable y el no trabajar habitualmente fuera del hogar o perder el trabajo durante el embarazo o puerperio, resultado este último hallado también por Warner et al<sup>33</sup> y Cooper et al<sup>34</sup>, que consideran que el desempleo se relaciona de forma consistente con el riesgo de depresión tras el parto.

No ha sido nuestra intención al realizar el estudio contribuir al debate sobre la preponderancia de variables biológicas o sociales en la depresión posparto, pero sí nos aventuramos a afirmar, teniendo en cuenta estos resultados, que parece existir un «núcleo duro» socioeconómico (en el que incluiríamos un bajo nivel de estudios, una mala situación económica, la ausencia o pérdida de la actividad laboral, los problemas de relación con la pareja y, como más adelante comentaremos, la disfunción familiar) fuertemente asociado con la posibilidad de depresión, por lo que estas circunstancias conformarían, junto con la edad, ya comentada, un subgrupo de mujeres de especial riesgo al que se debería realizar un especial seguimiento durante las visitas gestacionales y pregestacionales.

Si existe una variable en la bibliografía que se relacione de forma prácticamente constante con la depresión posparto, con independencia del método utilizado para su detección, es sin duda la presencia de antecedentes personales de depresión antes<sup>27,35</sup> o durante el embarazo<sup>36</sup> y en el posparto inmediato (en forma de *maternity blues*). Dada la recurrencia de la depresión, en su informe la US Preventive Services Task Force<sup>37</sup> recomienda al personal clínico mantener un índice de sospecha especialmente elevado, entre otros grupos, en aquellas personas con una historia personal o familiar de depresión, y la *Guía de salud mental en atención primaria*<sup>20</sup> considera como factores de riesgo de la depresión atípica del posparto los problemas psiquiátricos

previos al embarazo, los problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo y la intensidad del *blue* posparto, entre otros. La depresión posparto puede condicionar importantes alteraciones en la relación madre e hijo y, lo que puede ser más preocupante y que nos obliga a su detección temprana, ocasionar un impacto negativo en el desarrollo emocional y cognitivo del recién nacido, en especial si se presenta en un contexto socioeconómico desfavorable<sup>9</sup>. Una cuidadosa anamnesis preconcepcional, la alerta durante el embarazo en mujeres con antecedentes de depresión y un seguimiento próximo en casos de *maternity blues* serán elementos imprescindibles en una correcta actuación.

No hemos encontrado excesivas referencias a la posible relación entre el uso de anestésicos durante el parto (utilizados bien por cesárea o por analgesia epidural) y el posterior diagnóstico de una depresión. En cambio, Alvarado et al<sup>38</sup> encuentran una alta incidencia de depresión tras situaciones de estrés importante, siendo una de ellas el uso de anestesia durante el parto. Son más numerosos los estudios que analizan el tipo de parto (incluyendo la cesárea en contraste con el parto vaginal y el instrumental) y consideran que las mujeres con una intervención cesárea presentan un riesgo muy superior (riesgo relativo [RR] = 6; IC del 95%, 2,85-16,15) de depresión posparto<sup>39</sup>, supuesto que no se produce al analizar nuestros datos (OR = 1,21; IC del 95%, 0,57-2,5). Este hecho hace más remarcable el que recibir anestesia durante el último parto se relacione en el presente estudio de forma significativa e independiente con una EPDS  $\geq 13$ , y nos hace proponer la hipótesis, que deberá ser confirmada, o no, en posteriores estudios, de que sería la utilización de anestésicos, y no únicamente el trauma derivado de la intervención quirúrgica, la variable más relacionada con una posible depresión posterior. A pesar del interés de esta situación, debemos ser cautos a la hora de su valoración objetiva y remitir a la realización de estudios específicos sobre este punto que incluyan otras variables (tales como el tipo de anestésico y la dosis utilizada) para poder dar una referencia más exacta de esta asociación.

Al revisar la bibliografía nos encontramos con que la presencia de conflictos matrimoniales y la ausencia de apoyo por parte del esposo, de la familia o de las amistades incrementan de forma consistente el riesgo de depresión en el posparto; en nuestro país los datos parecen menos concluyentes: Machado et al<sup>25</sup> encuentran en su estudio de Albacete una asociación significativa entre la depresión puerperal y el poco apoyo afectivo familiar, mientras que Sebastián Romero et al<sup>30</sup> en Toledo obtienen resultados contrarios. De forma genérica, Bobes et al<sup>40</sup> recogen en su libro que una relación familiar patológica no sólo se asocia con un mayor riesgo de sufrir depresión, sino también a un peor pronóstico de la misma, ya que provoca una recuperación más lenta y ocasiona un aumento de las recidivas. Para estudiar este tema nos deci-

dimos por la utilización del Apgar Familiar, al ser un instrumento ampliamente conocido, validado y usado en nuestro país, a pesar de que reconocemos la probable falta de especificidad del concepto «función familiar», al que subjetivamente, y con la aceptación tácita de otras interpretaciones, nos atrevemos a definir como «un entorno primordial favorable al desarrollo personal». El resultado que hemos obtenido con el Apgar Familiar para el total de las mujeres encuestadas en Soria es similar a los hallados por Smilkstein<sup>9</sup>, Casarrubios et al<sup>41</sup> y Bellón et al<sup>22</sup> (tabla 5), y sin embargo el de aquellas mujeres con una EPDS  $\geq 13$  nos parece clarificador: la alteración de la función familiar se asocia, de forma particularmente intensa, con un elevado riesgo de depresión posparto. La percepción de poder recibir ayuda en un momento determinado o poder compartir los problemas (en definitiva, no encontrarse aislado), de apoyo a las nuevas actividades, de expresión del cariño y respuesta a las emociones (o simplemente empatía) y de satisfacción en cómo se comparten los momentos de tiempo libre parecen comportarse como estabilizador emocional y actuar como muro de contención frente a la depresión; será, por tanto, de enorme interés el conocer cuál es la realidad familiar de las embarazadas para poder detectar aquellas en las que aparezca una disfunción familiar como factor predictivo de una posible depresión.

En definitiva, y siguiendo las recomendaciones del US Public Health Service<sup>42</sup> para la detección de la depresión en atención primaria, y que perfectamente podemos aplicar a la depresión posparto, deberemos intentar: mantenernos alerta con las pacientes que presenten factores de riesgo, utilizar la entrevista clínica o un cuestionario escrito, obtener información adicional preguntando a la familia o a las personas al cuidado de la paciente (con el consentimiento de ésta), identificar otras posibles causas del trastorno del humor (médicas, farmacológicas, tóxicas) y proceder al tratamiento o remitir a la paciente a la consulta de salud mental.

Creemos asimismo oportuno estudiar la viabilidad de la implantación de un programa de cribado poblacional de la depresión posparto, que siguiendo algunos de los criterios expuesto por Soler-López y Reid<sup>43</sup> debería asegurar previamente una formación adecuada del personal sanitario que está en contacto con las mujeres durante el período perinatal, protocolos claros de actuación, medios necesarios y apoyo de los gestores y administradores sanitarios.

## Agradecimientos

La realización del presente estudio ha sido posible gracias a la colaboración material y humana de los componentes de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Soria, y en especial de Rocío Carro García.

## Bibliografía

1. Susman JL. Postpartum depressive disorders. *J Fam Pract* 1996;43:17-24.
2. postpartum mental health to employment, childbirth and social support. *J Fam Pract* 1994;38:565-72.
3. Ríos Rial B, García-Noblejas Sánchez-Migallón J, Sánchez Cubas S. Depresión posparto. En: Ríos Rial B, coordinadora. Trastornos depresivos en la mujer. Depresión en patologías orgánicas. Madrid: Edicomplet S.A., 1999.
4. Wilkinson G, Moore B, Moore P. Cómo tratar a las personas con depresión. Guía práctica en atención primaria. Barcelona: J & C Ediciones Médicas S.L., 1999.
5. Soler Insa PA, Alea Riera E. Diagnóstico de la psicosis posparto. *JANO* 1996;50:1882.
6. Posada de la Paz M. El diseño de los estudios de investigación. En: Gil Guillén F, Merino Sánchez J, Quirce Andrés F, Orozco Beltrán DL, editores. Investigación y práctica clínica (Módulo 1). Madrid, 1999.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
8. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Ove Samuelsen S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:243-9.
9. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978;6:1231-9.
10. Loayssa Lara JR, Buil Cosiales P, Gimeno Aznar A. La exploración familiar en atención primaria. En: Gallo Vallejo FJ, et al. Manual del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2.ª ed. Madrid: semFYC, 1997.
11. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997;171:550-5.
12. Roy A, Gang P, Cole K, Rutsky M, Reese L, Weisbor JA. Use of Edinburgh Postnatal Depression Scale in a North American population. *Biol Psychiatry* 1993;34:501-4.
13. Small R, Astbury J, Brown S, Lumley J. Depression after childbirth. Does social context matter? *J Med Aus* 1994;161:473-77.
14. Glasier A, Baird D. The effects of self-administered emergency contraception. *N Engl J Med* 1998;339:1-4.
15. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression six to seven months postpartum. *BJOG* 2000;107:1194-201.
16. Neill Epperson C. Postpartum major depression: detection and treatment. *AFP* 1999;59:2247-62.
17. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A., 1995.
18. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Sweden community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:181-4.
19. Holt WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *NZ Med J* 1995;108:57-9.
20. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:187-91.
21. Fernández C. El test EPDS permite diagnosticar la depresión posparto en primaria. *Diario Médico* 2001, n.º 2178.
22. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J de D, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18:289-96.



23. Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García González JM. Estudio de la función familiar a través del cuestionario Apgar. *Aten Primaria* 1996;17:338-41.
24. Silva LC, Benavides A. Causalidad e inobservancia de la premisa de precedencia temporal. *Rev Methodologica* 1999;7:1-14.
25. Machado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Bernabeu Sáez N, Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores asociados. *Aten Primaria* 1997;20:161-6.
26. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison childbearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996;26:135-41.
27. Schaper AM, Rooney BL, Kay NR, Silva PD. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify women postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med* 1994;39:620-4.
28. Juez Martel P. Herramientas estadísticas para la investigación en Medicina y Economía de la salud. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 2000.
29. Arrufat Nebot FJ. Diagnóstico de los trastornos mentales en el embarazo y el puerperio. *Jano* 2000;58:1839-42.
30. Sebastián Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas MI, Izquierdo Zamarriego MJ, Valles Fernández N, et al. Depresión posparto en el Área de Salud de Toledo. *Aten Primaria* 1999;24:215-9.
31. Grupo de Trabajo de Salud Mental PAPPS. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: semFYC, 2001.
32. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Income inequality and health: What does the literature tell us? *Annu Rev Public Health* 2000;21:243-67.
33. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1996;168:607-11.
34. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998;316:1884-6.
35. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry* 1980;136:339-46.
36. McGill H, Burrows VL, Holland LA, Langer HJ, Sweet MA. Postnatal depression: a Christchurch study. *NZ Med J* 1995;108:162-5.
37. US Preventive Services Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica clínica. Madrid: Díaz de Santos S.A., 1992.
38. Alvarado R, Perucca E, Rojas E, Monardes J, Olea E, Neves E, et al. Aspectos gineco-obstétricos en mujeres que desarrollan una depresión posparto. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993;58:239-44.
39. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust* 1992;157:172-4.
40. Bobes García J, Bousoño García M, González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PJ. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona: Masson S.A., 2001.
41. Casarrubios Sagastibelza E, Lareo de la Cierva J, Arribas Blanco JM, Frieyro Seguí JE. Uso del índice Apgar familiar en medicina de familia: medida de la disfunción familiar inducida por alcohol. Experiencia inicial de 201 pacientes. *Med Clin (Barc)* 1988;91:732-5.
42. US Public Health Service. Manual de medicina clínica preventiva. Barcelona: Medical Trends S.L., 1999.
43. Soler-López M, Reid M. Programa poblacional de detección de la depresión posnatal en Escocia. *Medifam* 2000;10:473-80.