

# Beneficios de la detección del riesgo de depresión postparto sobre el parto prematuro en un estudio aleatorizado y multicentros

*Benefits from screening risk of postpartum depression on preterm childbirth in a randomized, multicenter study*

Maria Assumpta Ortiz Collado<sup>1</sup>, Vicens Cararach<sup>2</sup>, Lluïsa García Esteve<sup>3</sup>

## Resumen

*Este estudio presenta los efectos de un programa prenatal de orientación psicosomática, incluyendo el modelo humanista y cognitivo combinados sobre una muestra de participantes de bajo nivel socioeconómico.*

*Objetivo: Evaluar los efectos de un programa prenatal con orientación psicosomática y utilización de dos modelos teóricos combinados en relación al impacto sobre las variables: síntomas depresivos, parto prematuro y síntomas físicos postparto.*

*Método: Ensayo clínico aleatorizado con un grupo control (GC) y un grupo experimental (GE). El estudio se aplicó en tres ciudades: Barcelona, Figueres y Beziers. Las participantes fueron seleccionadas a partir de una entrevista validada para detección precoz del riesgo de depresión postparto, incluyendo aspectos somáticos del embarazo. El grupo experimental recibió 10 sesiones de dos horas, 20 min de duración con una llamada telefónica entre sesiones. El grupo control recibió 10 sesiones de dos horas, sin llamada intermedia.*

*Resultados: Se analizaron 184 casos, todos con riesgo medio o alto de depresión postparto (92 en el GE y 92 en el GC). La diferencia entre el porcentaje a riesgo de DP entre el GC y el GE en la evaluación postnatal fue de 11,2 % (45,5 % y 34,3 %) sin alcanzar la significación estadística. El porcentaje de parto prematuro fue cuatro veces mayor en el GC = 22,4 % (13)*

<sup>1</sup>Profesor e investigador, institut et Haute école de la santé La Source, haute école spécialisée de Suisse occidentale, 30 avenue Vinet, 1004 Lausanne, Suisse.

<sup>2</sup>Director clínico, instituto de ginecología y obstetricia neonatal IGON, Hospital Maternitat – Corporació i sanitària Clinic, Sabino Arana 1, 08028 Barcelona, España.

<sup>3</sup>Directora clínica, Unitat de psiquiatria i psicologia de la dona, Institut CLINIC, Hospital Maternitat – Corporació i sanitària Clinic, Sabino Arana 1, 08028 Barcelona, España.

**Correspondencia:** María Assumpta Ortiz Collado, M Sc, PhD biomedical Science, Haute école de la santé La Source, haute école spécialisée de Suisse occidentale, 30 avenue Vinet, 1004 Lausanne, Suisse.  
E-mail: m.ortizcollado@ecolelasource.ch

---

comparado al GE = 4,4 % (3) y la diferencia significativa de  $p=0,003$ . Hubo menos síntomas inespecíficos y menos insomnio postparto en las mujeres del GE ( $p=0,002$ ).

**Palabras clave:** Detección precoz. Depresión postparto. Parto prematuro. Estudio aleatorizado.

## Summary

*This study presents the effect of a prenatal program including psychosomatic orientation, cognitive and humanistic model combined on a sample of participants from low socioeconomic status.*

*Objective: To evaluate the effects of a prenatal program with psychosomatic orientation and use two combined theoretical models regarding the impact program on the postpartum variables: depressive symptoms, premature delivery and women physical symptoms.*

*Method: Randomized clinical trial with one control group (CG) and one experimental group (EG). The study was implemented in three cities: Barcelona, Figueres and Beziers. Participants were selected from a screening interview validated for postpartum depression risk in pregnancy including somatic aspects. The experimental group received 10 sessions of two hours, 20m in length with a telephone call between sessions. The control group received 10 sessions of two hours without intermediate call.*

*Results: We analysed 184 cases, all with medium or high risk of postpartum depression (92 in the GE and 92 in the CG). The difference between the percentage of PPD at risk between GE and GC in postnatal assessment was 11.2 % (45.5 % and 34.3 %) without reaching statistical significance. The rate of preterm delivery was four times higher in GC = 22.4 % (13) compared to GE = 4.4 % (3) with significant difference ( $p = 0.003$ ). There was less insomnia and less nonspecific symptoms in women at postpartum evaluation times ( $p = 0.002$ ).*

**Key words:** Early detection. Postpartum depression. Premature childbirth. Randomized study.

## INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda la detección precoz del riesgo de depresión postparto como un paso previo y complementario a las intervenciones preventivas de la unidad madre-bebé, en presencia de variables psicosociales de riesgo (acontecimientos de estrés, escaso apoyo social, relación de pareja conflictiva, desempleo).

La prevalencia de la DP se sitúa en 13 % (O'Hara and Swain, 1996) y justifica bien su prevención, sobre todo en mujeres de baja condición socioeconómica, por la mayor tasa de prevalencia observada en esta población (Ortiz, 2009).

Entre las variables de riesgo asociadas a la DP destacan: la personalidad vulnerable con antecedentes de depresión, la presencia de acontecimientos desencadenantes de estrés, falta de apoyo social, relaciones de pareja conflictivas, violencia

familiar, embarazo no deseado y precariedad socioeconómica. La prevención de la DP ha sido bien estudiada y las evaluaciones efectuadas hasta la fecha resaltan que, para la prevención de la DP, el uso de tratamientos farmacológicos es menos eficaz que la aplicación de tratamientos no farmacológicos (Ortiz *et al*, 2013). Hasta la fecha no se han publicado estudios que apliquen un enfoque psicossomático para prevenir el riesgo de la DP.

La relación entre la depresión del postparto y el parto prematuro (nacimiento anterior a la semana 37) ha sido abordada por pocos autores, aunque quienes la estudiaron observaron una asociación significativa (Field *et al*, 2006; Ortiz *et al*, 2012). El parto prematuro tiene causas orgánicas clínicamente conocidas y también puede ocurrir como consecuencia de interacción de factores psicosociales, en este segundo caso, los mismos factores que se asocian a la DP.

## OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar los efectos de un programa prenatal con orientación psicossomática en relación al impacto sobre las variables: síntomas depresivos, parto prematuro y síntomas físicos postparto.

## METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Se expone a continuación un ensayo clínico randomizado que se aplica durante el embarazo y se evalúa en dos tiempos: T<sub>1</sub> prenatal y T<sub>2</sub> postparto (cuatro semanas posteriores al parto). La distribución aleatoria de los grupos a estudio (un grupo control y un grupo experimental) se aplicó mediante el programa informático SPSS.15, a partir del riesgo de DP detectado en la entrevista inicial de selección, y se llevó a cabo por un estadista ajeno al estudio y a los centros implicados. El muestreo simple para el estudio se recogió en tres hospitales: Hospital Maternitat de Barcelona (España), Hospital General de Figueres (España) y Hospital general de Beziers (Francia).

Los participantes fueron reclutados en el hospital respectivo el día de su cita para una segunda ecografía. La programación informatizada de las ecografías permitió invitar al estudio a los posibles candidatos, aplicando el sistema de muestreo 1-0-1 y vigilando los criterios de inclusión y exclusión. Se ofreció información del estudio en curso, se solicitó el consentimiento formalizado y se procedió a la entrevista de detección del riesgo de DP, que se utilizó para seleccionar **solo** los casos a riesgo medio y alto de DP. Después de la entrevista de selección, todos los participantes recibieron los cuatro cuestionarios utilizados en el estudio para completar *in situ*.

Una vez efectuada la asignación, los participantes recibieron una llamada telefónica para dar a conocer el grupo (C o E) y verificar la continuidad en el estudio. Los participantes del grupo E recibieron la intervención experimental con el método Tourné de enfoque psicossomático que se describe a continuación. El grupo control recibió la preparación maternal habitual en el centro correspondiente. Todos los participantes tuvieron libertad para abandonar el estudio independientemente del grupo asignado.

Criterios de inclusión: a) madres primíparas o

multíparas (con un máximo de tres hijos, porque es conocido que resulta difícil asistir a sesiones prenatales con varios hijos), b) pertenencia a una clase social media-baja, baja, precariedad (evaluadas con tipo de empleo, desempleo, subsidio, tipo de contrato laboral y categoría laboral), c) tener pareja (siendo la monoparentalidad un riesgo en sí, podría constituir un sesgo al requerir diversos tipos de apoyo y recursos sociales), d) riesgo de DP identificado en la entrevista de selección.

Criterios de exclusión: a) toxicomanía actual, b) patología aguda, c) tratamiento psiquiátrico actual, d) clase social alta, e) no comprensión de la lengua.

## Instrumentos utilizados

Todos los instrumentos del presente estudio están validados y traducidos a las dos lenguas utilizadas en las poblaciones objeto de estudio, francés y español. Se presentan en la tabla 1 con sus correspondientes propiedades.

## PROGRAMA EXPERIMENTAL

Se utilizó el método Tourné (2002) que considera todo el proceso de nacimiento. El método se inspira en un modelo teórico humanista de no directividad, aunque utiliza al mismo tiempo la teoría cognitiva y del vínculo para trabajar la construcción de un modelo de nacimiento consciente adaptado a las necesidades individuales, en ese tipo de abordaje las creencias juegan un papel importante. El método de Tourné prepara a la pareja al nacimiento del bebé poniendo el acento sobre todo en el proceso y no únicamente en el parto, que es importante, pero su duración es limitada comparada a todo el proceso de nacimiento que aparece en embarazo y que no siempre termina con el parto (Tourné, 2002). En definitiva, la base teórica del método Tourné responde a: a) una orientación psicossomática que trabaja la unión cuerpo-mente en cada sesión; b) una base teórica humanista donde los participantes han de encontrar sus propias respuestas; c) se apoya en la teoría cognitiva cuestionando ideas y creencias en torno al embarazo y el parto; y finalmente, d) incluye la teoría del vínculo, haciendo hincapié en la existencia del bebé en útero desde la primera

**Tabla 1**  
**Variables evaluadas e instrumentos utilizados**

<b>Variab</b> les	<b>Evaluation Instruments</b>	<b>Quality of instruments</b>	<b>Time application instruments</b>
Antenatal risk of PPD	<b>Interview</b> (Riguetti-Veltema <i>et al</i> , 2006)	Sensitivity = 84,5 % Specificity= 73 %	Antenatal
Symptoms of depression	<b>EPDS</b> <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (Cox <i>et al</i> , 1987)	Sensitivity = 86 %, Specificity = 78 %	Antenatal and postnatal
Relationship with partner	<b>DASS</b> <i>Dyadic Adjustment Scale</i> (Spanier, 1976)	Fidelity: <i>Cronbach Alpha</i> = 0,96	Antenatal and postnatal
Social support	<b>FSSQ</b> <i>Functional Social Support Questionnaire</i> (Broadhead, 1988)	Fidelity: <i>Cronbach Alpha</i> = 0,90	Antenatal and postnatal
Stress	<b>Stress events</b> (Holmes & Rahe, 1967)		Antenatal and Postnatal
Birth outcomes	<b>Hospital Clinical Data</b> and questionnaire		Postnatal

sesión y vinculando tanto a parejas como al grupo en sí mismo. La tabla 2 presenta la aplicación de métodos utilizados en las sesiones.

## LOS RESULTADOS

En total se reclutaron 529 parejas de futuras madres y padres. De ellos se incluyeron n=220 a riesgo. De la distribución aleatoria quedaron n= 184

participantes por diversas razones (aborto espontáneo, violencia familiar, traslado a otra ciudad, aparición de patología adscrita a una atención especializada). Entre las participantes hubo 66,7 % nulíparas y 33,3 % multíparas (24,4 % con un embarazo previo; 7,4 % con dos emb. previos; 1,5 % con tres o más emb. previos). En cuanto al nivel socioeconómico de las participantes: 11,60 % eran de clase media; 27,85 % de clase media-baja; 35,45 % de

**Tabla 2**

SESIONES DEL PROGRAMA EXPERIMENTAL									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepción del bebé en útero, pensamientos hacia el bebé (vinculación al bebé)									
Consciencia de las sensaciones y diferenciación de las contracciones (ejercicios prácticos)									
Respiración controlada									
Relacionar tensiones, sensaciones y problemas o preocupaciones actuales									
Trabajar las creencias									
Actividades de apoyo en grupo y en pareja									

### Demographic and obstetric data comparing control and intervention participants (N=184)

Variables	Control $\bar{x}$ (SD)	Intervention $\bar{x}$ (SD)	Globally
Age, years	28.5 (6.2)	29 (5.2)	29.3 (5.53)
Previous pregnancies	2.05 (1.2)	2.01 (1.2)	2.03 (1.3)
	%	%	%
First pregnancy	62.00	65.20	63.60
Multiparous	38.00	34.80	36.40
<b>Origin</b>			
• Spanish	59.08	54.30	57.10
• Another European Country	3.30	3.30	3.30
• Non European Country	37.00	42.40	39.07

clase obrera; y 25,10 % vivían bajo el umbral de pobreza. La media de edad de las mujeres participantes fue de 29,3 años. En la muestra hubo 50 % de participantes españolas y 50 % extranjeras, la mayoría (45 %) de otro continente.

#### Resultados de la variable síntomas depresivos de riesgo

Hubo 39,35 % de casos a riesgo de DP (EPDS  $\geq$  12). La diferencia entre el porcentaje a riesgo entre el GC y el GE en la evaluación postnatal fue de 11,2 % (45,5 % y 34,3 %). La diferencia entre grupos en relación a la media del cuestionario EPDS fue de 1,76 [11,10 (6,05) en el GC y 9,34 (5,17) en el GE] sin obtener la significancia estadística ( $p=0,08$ ).

#### Resultados de la variable parto prematuro

Hubo 13 partos prematuros en el GC (22,4 %) y tres partos prematuros (4,4 %) en el GE ( $p=0,003$ ). La media de la variable semanas de gestación se diferencia en una semana entre las participantes de los dos grupos ( $p=0,02$ ). El peso del bebé fue significativamente distinto entre grupos, con 3019,01 kg (668,83) en el GC y 3301,87 (506,65) en el GE ( $p=0,017$ ).

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ascaso Terren, C., García Esteve, Ll., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., & Jesús Tarragona, M. (2003). Postpartum depression prevalence in a Spanish sample: comparison of estimations with structured clinical interview for DSM-IV against the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Medicina Clínica*, 120 (9): 326-329.
2. Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland S., Saint, K., Segal, N., & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 105 (1-3): 35-44.
3. Beck, C.T., & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 34 (5): 569-576.
4. Boury, J.M., Larkin, K.T., & Krummel, D.A. (2004). Factors related to postpartum depressive symptoms in low-income women. *Women & Health*, 39 (3): 19-20.
5. Cabero Roura, L. (2004). Parto prematuro. Buenos Aires, Argentine-Madrid, Espagne: Panamericana.
6. Chee Cornelia, Yl., Chong, Y.S., Ng, T.P., Lee Dominic T.S., Tan, L.K., & Fones, Calvin, S.L. (2008). The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor - A cohort study. *Journal of affective disorders*, 107 (1-3): 247-253.
7. 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.

8. **Diego, M.A., Field, T., & Hernández-Reif, M.** (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behaviour. *Infant Behavior and Development*, 28: 155-164.
9. **Field, T., Diego, M., & Hernández-Reif, M.** (2006). Prenatal depression effects on the foetus and new born: a review. *Infant Behavior and Development*, 29 (3): 445-455.
10. **Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B.** (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birth weight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32: 454-60.
11. **Harvey, S.T., & Pun, P.K.** (2007). Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *International journal of mental health nursing*, 16: 161-167.
12. **Holmes, T.H., & Rahe, R.H.** (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11: 213-218.
13. **Le, H.N., Stuart, E.A., Perry, D.F.** (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk latinas. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79: 135-41.
14. **Ludemir, A.B., Lewis, G., Valongueiro, S.A., De Araujo, T.V., & Araya, R.** (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376 (9744): 903-10.
15. **Marcus, S.M.** (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-mother risk update. *The Canadian journal of clinical pharmacology*, 16:15-22.
16. **O'Hara, M.W., & Swain, A.** (1996). Rates and risk of postpartum depression a meta-analyses. *International revue of psychiatry*, 8: 37-54.
17. **Ortiz-Collado, M.A.** (2009). Effets d'un programme prénatal de groupe adressé aux couples parentaux pour prévenir la dépression postnatale des femmes de classes moyenne et défavorisée habitant en Catalogne Nord et en France Sud [Doctoral thesis]. Montreal, Canada: Montreal University, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences.
18. **Ortiz-Collado, M.A., Cararach, V., & Tourné.** (2012). C-E. Prevención del riesgo de depresión postnatal y prematuridad con un enfoque psicossomático: estudio aleatorizado multicéntrico. *Medicina Clínica*, 139 (9): 385-392.
19. **Rauff, E.L.** (2011). Downs D.S. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Annals of behavioral medicine*, 42(3): 381-390.
20. **Riguetti-Veltéma, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J.** (2006). Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postpartum. *La Psychiatrie de l'enfant*, 49, (2): 513-541.
21. **Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I.** (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of women's mental health*, 8 (2): 97.
22. **Tough, S.C., Siever, J.E., & Johnston, D.W.** (2007). Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada: implications for program planning. *BMC public health*, 7: 148-52.
23. **Tourné, C-E.** (2002). *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier, France: Sauramps Medical.
24. **Vieten, C., & Astin, J.** (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11: 67-74.