

**Aina Rosselló Rosselló**

**ANÀLISI DELS FACTORS DE RISC DE LA DEPRESSIÓ POSTPART EN  
MARES ADOLESCENTS: UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**dirigit per la Dra. Núria Vázquez Orellana**

**Grau de Psicologia**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona  
2022**

## **Agraïments**

Gràcies al camí, a les passes compartides, a les solitàries, a les passes que he fet, les que no, i les que encara no sé que faré. M'agradaria agrair a la vida el poder haver fet una carrera universitària que em permet ajudar a connectar a les persones amb sí mateixes, acompanyar a aquelles que ho necessiten, respectar a les que no. Gràcies a tu, Mama, que m'has ajudat a brillar, que m'has vist quan no hi havia claror, que m'has ensenyat a confiar amb mi, amb la vida, i a ser. Gràcies Papa, per fer de mi una persona forta, decidida, segura, que no deixa que la por l'encegui. Gràcies a tu, Elisa, companya d'una vida sencera, que m'has ensenyat a viure, a estimar, a riure i a abraçar, gràcies per ésser-hi sempre, per deixar-me ser. Gràcies padrins, per l'amor incondicional que sempre m'heu donat, per ser un referent a qui voler semblar-me. Gràcies família.

Gràcies a les persones que s'han creuat en el meu camí, que m'han ajudat a construir qui soc. Gràcies a les meves amigues, a les que en la distància i en la proximitat, mai no canvia el seu escalf. Gràcies per les rialles, les llàgrimes, les converses, els berenars, gràcies pel suport, inclús quan no sabia que el necessitava. Gràcies a les professores i als professors que m'han obert les portes d'un saber honest, curiós, que m'han ensenyat a comprendre el món.

Gràcies a la meva tutora Núria, per guiar-me en aquest procés des de l'alegria, per ajudar-me a arribar més lluny i acompanyar-me, per ser un referent.

Gràcies a tu, Aina, que m'has donat força, amor, descans, esperança i vida, gràcies per triar viure aquest camí al meu costat, gràcies pel que ens queda per viure.

Per últim, gràcies a mi mateixa, per haver arribat fins aquí, per la fortalesa i la vulnerabilitat, per cada emoció sentida, per cada desig, cada idea, cada passa. Pel que he après, pel que segueixo aprenent.

Gràcies a totes les persones que formen part de la meua vida, gràcies per la vida que em doneu. Ara comença el futur.

**Sigles:**

APA: *American Psychological Association*

CDRS-R: *Children's Depression Rating Scale-Revised*

CES-D: *(Center for Epidemiological Studies Depression Scale*

CES-DC: *Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*

CRH: *Hormona hipotalàmica alliberadora de corticotropina*

DAD: *Qüestionari de Recolzament Social del pare.*

DPP: *Depressió postpart*

DSM-V: *Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals*

EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

ESI: *Everyday Stressors Index*

GSES: *General Self-Efficacy Scale*

HRSD: *Hamilton Depression Rating Scale*

IMC: *Índex de massa corporal*

INE: *Institut Nacional d'Estadística*

KID-SCID: *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Childhood version*

MOS: *Medical Outcomes Study*

OMS: *Organització Mundial de la Salut*

PCDI: *Parent-Child Dysfunctional Interaccion (Subescala PSI)*

PD: *Parental Distress (Subescala PSI)*

PDSS: *Postpartum Depression Screening Scale*

PHQ: *Patient Health Questionnaire*

PPAQ: *Pregnancy Physical Activity Questionnaire*

PSI: *Parenting Stress Index*

REAP: *Rapid Eating Assessment for Participants*

SAS-SR: *Social Adjustment Scale Self-Report*

WAVE: *Weight, Activity, Variety and Excess*

**Resum:**

La depressió postpart és un trastorn afectiu que es desenvolupa després del part, en el període puerperal, o fins a un any després del naixement de l'infant. La seva simptomatologia, tal com un estat profund de tristesa, irritabilitat o buidor, afecta no tan sols a la vida de la pacient, sinó que també té conseqüències pel desenvolupament integral de l'infant. Un dels factors de risc més avaluats en les investigacions de salut mental obstètrica ha estat l'embaràs adolescent, ja que la prevalença del trastorn en aquesta etapa pot arribar al 56%. És per això que esdevé de gran importància avaluar quins són els factors de risc que incideixen en el desencadenament d'una DPP en mares adolescents, així com elaborar mesures d'avaluació adaptades a les menors. En aquesta revisió, s'han seleccionat 13 articles a partir d'uns criteris d'inclusió-exclusió determinats, i s'ha realitzat l'anàlisi dels factors de risc més rellevants alhora de desencadenar un trastorn depressiu postpart en població adolescent. En consonància amb la literatura prèvia, s'ha observat que alguns dels factors de risc més destacables són la manca de recolzament social, la disfuncionalitat familiar o els antecedents psiquiàtrics.

**Paraules clau:** depressió postpart, factors de risc, adolescents, maternitat.

**Abstract:**

Postpartum depression is an affective disorder that develops after childbirth, in the postpartum period, or up to a year after the birth of the child. Its symptomatology, such as a deep state of sadness, irritability, or emptiness, affects not only the patient's life, but also has consequences for the overall development of the child. One of the most evaluated risk factors in obstetric mental health research has been adolescent pregnancy, since the prevalence of the disorder at this stage can be as high as 56%. It is therefore of great importance to assess the risk factors that influence the onset of PPD in adolescent mothers, as well as to develop assessment measures adapted to minors. In this review, 13 articles were selected based on certain inclusion-exclusion criteria, and the most relevant risk factors for triggering postpartum depressive disorder in the adolescent population were analysed. In line with previous literature, it has been observed that some of the most important risk factors are lack of social support, family dysfunction and psychiatric history.

**Key words:** postpartum depression, risk factors, adolescents, motherhood.

## Índex

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducció teòrica.....                                     | 6  |
| 1.1. Depressió postpart .....                                   | 6  |
| 1.2. Prevalença de la Depressió Postpart adolescent.....        | 8  |
| 1.3. Instruments d'avaluació de la Depressió Postpart.....      | 9  |
| 1.4. Tècniques d'intervenció per la Depressió Postpart.....     | 11 |
| 1.5. Factors de risc .....                                      | 12 |
| 1.5.1. Factors biofisiològics.....                              | 12 |
| 1.5.2. L'adolescència com a factor de risc.....                 | 13 |
| 1.5.3. Factors psicosocials en l'adolescència.....              | 14 |
| 2. Objectius i justificació.....                                | 16 |
| 3. Metodologia .....  | 17 |
| 3.1. Criteris d'inclusió i exclusió .....                       | 17 |
| 3.2. Bases de dades, estratègia de recerca i filtres .....      | 17 |
| 3.3. Variables.....   | 19 |
| 4. Resultats.....   | 19 |
| Figura 1. Estratègia de recerca i filtres .....                 | 19 |
| Figura 2. Diagrama de flux.....                                 | 20 |
| Figura 3. Taula de variables d'anàlisi.....                     | 20 |
| Figura 4. Taula de resultats de les variables analítiques ..... | 21 |
| Figura 5: Taula de biaixos.....                                 | 31 |
| 4.1. Anàlisi dels resultats .....                               | 32 |
| 5. Conclusió.....   | 39 |
| 6. Bibliografia .....   | 41 |
| 7. Annexes .....  | 47 |
| Figura 1: Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg.....         | 47 |

## **1. Introducció teòrica**

### **1.1. Depressió postpart**

La depressió postpart és un trastorn de caire afectiu que transcorre en el puerperi, és a dir, el període que comença després del part i que finalitza als 35 o 40 dies següents. Aquest, és el temps que necessita l'organisme per tornar als seus nivells basals anteriors a l'embaràs. La seva simptomatologia és equivalent a la depressió major, tot i que hi ha autors que consideren que té uns criteris diagnòstics i uns marcadors temporals específics, atorgant-li una classificació diagnòstica independent. No obstant, en el DSM-V es descriu la DPP com un subtipus de la depressió, essent un període major a dues setmanes en el que predomina un estat d'ànim depressiu (tristesa, irritabilitat, buidor) i una pèrdua de l'interès i del plaer (abúlia i anhedònia). Altres símptomes que poden aparèixer en un quadre depressiu són alteracions en el pes (ja sigui per augment o per disminució), en la capacitat psicomotriu (al·lentiment o hiperagitació), alteracions en el son (hipersomnia o insomni), disminució de l'energia física i augment de fatiga de manera reiterada, pèrdua de la capacitat de concentració, al·lentiment de les funcions executives, sentiments de culpa i inutilitat recurrents, i idees autolesives, autolítiques o en relació a la mort. A més, una depressió major o, en aquest cas, una DPP, afecta notablement a les activitats de la vida diària de la pacient, així com a la seva funcionalitat a nivell social, familiar o laboral (American Psychiatric Association, 2013). Segons la OMS, s'estima que aproximadament 280.000.000 persones tenen depressió a nivell mundial, és a dir, un 3,8% de la població (World Health Organization, 2021). Estudis assenyalen que un 20% de les dones pateix depressió, essent el grup poblacional més afectat pel trastorn. A més, s'observa una major freqüència de simptomatologia depressiva durant l'embaràs o en el període postpart, donant lloc a la depressió postnatal (Fernández Vera et al., 2014). Serà en aquest període on la depressió tindrà altres conseqüències, que van més enllà de les afectacions que té la pacient en la seva vida, ja que afectarà directament en el desenvolupament general del nen i a la vinculació materno-filial (Molero et al., 2014).

Segons l'APA, la depressió postpart té el seu inici durant l'embaràs o a les primeres quatre setmanes després del part (Sangsawang et al., 2018). A més, segons el DSM-5, el 50% dels episodis depressius en el puerperi tenen en realitat el seu inici

durant l'embaràs, de manera que moltes vegades es fa referència a aquest quadre amb el terme de depressió peripart, contemplant així la simptomatologia prenatal i postnatal. És per això que el manual de criteris diagnòstics va modificar, en la seva quinta edició, l'inici en que pot aparèixer el quadre depressiu, ja que anteriorment només es considerava la depressió postpart. Aquest fet ens indica la importància de la seva prevenció i detecció precoç, per tal de poder oferir una intervenció eficaç a nivell psicològic i disminuir els efectes de la depressió en el puerperi.

Per altra part, estudis afirmen que la DPP pot desencadenar-se fins a 6 mesos després del moment del part i que pot ser a partir del naixement de qualsevol dels fills, no necessàriament del primer (Fernández Vera et al., 2014). A més, la durada del trastorn és relativa en cada cas, ja que depèn dels factors mantenidors que actuen en el seu transcurs. Tot i així, s'han realitzat estimacions que arriben fins a un any després de l'inici del quadre depressiu (Molero et al., 2014).

Com s'ha esmentat anteriorment, la DPP es caracteritza per les implicacions que pot tenir en la vida de la mare i del recent nat. Segons un revisió de 122 articles de Slomian et al., (2019). en la que s'avaluaven les conseqüències de la depressió postpart tant en el desenvolupament del nen com en la vida posterior al part de la mare, es va concloure que les mares que havien patit una DPP tenien fins a un 18% de probabilitats de tenir una pitjor salut mental en el futur, així com nivells alts d'ansietat, però no hi ha una clara evidència de que les mares amb DPP puguin desencadenar una nova depressió en el futur. A més, van afirmar que la DPP no tindrà un important impacte només en la qualitat de vida de la pacient, sinó que també afectarà a les interaccions materno-filials, a la relació de parella i a l'entorn familiar de la pacient. Per altra part, altres estudis indiquen que les conseqüències d'una DPP no tractada poden provocar preeclàmpsia, ansietat materna, i incapacitat o interrupció de la lactància (Matei et al., 2021).

Pel que fa al les alteracions que afecten al recent nat, a l'estudi de Slomian et al., (2019). es va exposar la controvèrsia que existeix en relació a les implicacions que té la depressió postpart en la vida i el desenvolupament de l'infant. No es va poder concloure que hi haguessin afectacions en el pes, ni en la llargària, ni en els índex antropomètrics, ni en la salut integral del nadó. Tot i així, sí que van afirmar que hi ha estudis que mostren un major dolor en els còlics dels fills de mares amb

DPP, així com també alteracions en el son, afectacions a nivell cognitiu, en el desenvolupament del llenguatge, i en el desenvolupament emocional i conductual. També, es va afirmar que aquells infants de poblacions i entorns amb baixos ingressos eren més vulnerables de patir aquestes afectacions. A més, investigacions recents han mostrat que el trastorn depressiu postpart pot alterar la matèria gris del fetus si té un inici precoç, i que l'estat emocional de la mare durant els primers estadis del cicle vital infantil està relacionat amb les diferències en el desenvolupament del circuit front-amigdalí (Matei et al., 2021).

## **1.2. Prevalença de la Depressió Postpart adolescent**

Les dades ens indiquen que la depressió postpart afecta entre 30 a 200 casos per 1000 naixements, amb una taxa de recurrència del 10% al 35%. A més, s'ha observat que la prevalença és major en els països en desenvolupament, i més freqüent en dones amb un nivell socioeconòmic baix (Fernández Vera et al., 2014). La prevalença augmenta quan parlem de població adolescent, ja que s'ha estimat que un 56% de les menors que han estat mares desencadenaran un quadre depressiu postpart, en contraposició al grup de mares adultes amb un 10%-15% (Hipwell et al., 2016). Podem observar, a més, que la prevalença varia depenent de l'estat i la cultura, ja que els factors que actuen sobre la DPP poden ser, en ocasions, els mateixos que incideixen en les taxes de natalitat adolescents. Per exemple, a l'Estat Espanyol segons les dades de l'INE, al 2020 un total de 14.474 naixements foren de mares menors de 21 anys. Això és, un 4,26% del total de naixements, una xifra que es situa per sota de la mitjana global d'embarassos adolescents en el món (11%). Les dades indiquen que aproximadament 400.000 adolescents americanes d'entre 15 i 19 anys donen a llum cada any (Venkatesh et al., 2013), i que els països amb un major risc d'embaràs adolescent són Nigèria, Libèria, Mali, Chad, Afganistan, Uganda, Malawi, Guinea, Moçambic y la República Centreafricana (Nivonsenga & Mutabaruka, 2020). Els embarassos adolescents han estat estigmatitzats durant molt de temps, tant mèdica com socialment. Avui dia, la majoria dels riscos obstètrics associats als embarassos d'adolescents s'atribueixen a les condicions socials i econòmiques negatives i no a l'edat cronològica. No hi ha dubte que la medicina moderna pot ajudar a gestionar els problemes obstètrics, reduint la possibilitat d'embarassos en adolescents, però també ha d'abordar les qüestions relacionades amb la salut mental. No obstant

això, en la majoria dels països desenvolupats, la implantació de mitjans per a reduir eficaçment les taxes d'embaràs i maternitat en l'adolescència és un objectiu de salut pública. Les mesures per a prevenir l'embaràs i la maternitat en l'adolescència varien significativament segons el país, i van des dels programes d'educació sobre l'abstinència, fins als avortaments legals i l'augment de l'educació sexual a les escoles (Kirchengast, 2012). A més, degut a que és habitual la percepció de l'embaràs adolescent com una experiència vital estressant, i que, com en l'Estat Sudafricà amb un 71%, la majoria dels embarassos adolescents no són planificats (Govender et al., 2020), les taxes de natalitat adolescent incidiran directament sobre les xifres de depressió postpart.

Les dades ens indiquen que, la prevalença de DPP, té una important rellevància en el continent asiàtic, especialment a Indonèsia (50-70%), enfront les taxes d'Estats Units (8-26%), Japó (13,8%), Vietnam (19,4%) o Malàisia, amb un 3,9% (Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020). Tot i així, les xifres de depressió postpart i, en especial, la DPP adolescent, no reflecteixen la realitat del trastorn. Aquest fet es deu a que existeix una subdiagnosi clínica (Mendoza & Saldivia, 2015) que pot explicar-se per l'estigmatització i el desconeixement per part de les mares adolescents sobre la DPP, així com també pel fet que moltes mares amb pocs recursos opten per no expressar com es senten per por a que els hi llevin la custòdia dels seus fills (Boath et al., 2013). Un altre factor que pot explicar la subdetecció de la DPP és la manca d'una xarxa socioafectiva de suport i de recursos, ja que les mares adolescents es veuran obligades a seguir amb les seves funcions diàries i no podran permetre's tractar-se adequadament el trastorn. A més, les expectatives socials i familiars que decauen sobre les recent progenitores dificulten que aquestes expressin el seu malestar anímic. Per últim, hi ha una problemàtica en el recompte de casos de DPP, ja que poden haver variacions entre els diferents estudis i cribratges, en funció de la metodologia i els criteris, el mostratge, i dels casos en que hi ha una detecció espontània de símptomes (Mendoza & Saldivia, 2015).

### **1.3. Instruments d'avaluació de la Depressió Postpart**

Tal i com s'ha esmentat anteriorment, les investigacions indiquen que poden haver diferències en la detecció de casos de depressió postpart en funció dels instruments i la metodologia que s'utilitza. Actualment, existeixen diverses proves

estandarditzades que s'administren per a la detecció de la depressió que s'han utilitzat també en diversos estudis de l'àmbit obstètric, tals com el l'Escala de Depressió del Centre d'Estudis Epidemiològics o CES-D (Cunningham et al., 2018), PHQ (Nunes & Phipps, 2012) o la o HRSD (García et al., 2016). En població adolescent, és comú també l'ús d'entrevistes com la KID-SCID (Venkatesh et al., 2013) o l'ASI-4 (Hipwell et al., 2016).

Emperò, totes aquestes proves no són específiques de la DPP i, per tant, poden tenir notables biaixos a l'hora de diagnosticar el trastorn. És per això que la investigació i la literatura més acurada en relació a la depressió postpart opta per utilitzar els instruments específics del trastorn, tals com la *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS) o l'Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (EPDS). Aquesta última és, notablement, la més utilitzada en l'àmbit obstètric.

L'EPDS va ser dissenyada al 1987 per Cox, Holden i Sagovsky, qui van defensar que les escales de cribratge de la depressió no funcionaven en el període postpart (McBride et al, 2014). Consta de 10 ítems que poden ser autoadministrats, amb 4 opcions de resposta que indiquen gradualment la intensitat en que la pacient ha experimentat el que se li exposa en la darrera setmana (veure figura 1 als annexes). A més, pot emprar-se tant en les dones que estan en el puerperi com en les embarassades, ja que exclou l'avaluació de símptomes somàtics que podrien coincidir amb els canvis fisiològics normals associats a l'embaràs i, per tant, confondre l'avaluació (Govender et al, 2020). Cal destacar que ha resultat ser un bon instrument per a la detecció de DPP gràcies a la seva practicitat en l'administració i consistència. Tot i així, no s'ha de confondre amb un instrument de diagnòstic, ja que ha estat dissenyat i construït com una escala de cribratge. També, ha mostrat comptar amb una fiabilitat adequada entre poblacions multiculturals y multiètniques, i s'ha informat d'una fiabilitat mitja de 0,88 y un coeficient alfa de 0,87 entre poblacions adultes (Downie et al., 2003). A més, Venkatesh et al. (2014) van informar de la validesa convergent, establerta amb el DSM-IV, així com d'una sensibilitat del 90% i especificitat de >85%. Seguidament, en un estudi de Friesen et al. (2017) es va comprovar la seva validesa, fiabilitat i acceptabilitat en dones adolescents d'entre 14 i 24 anys, i van poder concloure que l'EPDS ha demostrat tenir les esmentades característiques dins aquest rang d'edat. En aquesta mateixa línia, una revisió de 57 articles sobre

l'evidència i la validació de l'EPDS va assenyalar que hi ha una evidència suficient per reconèixer la validació de l'escala en el període peripart. A més, també ha pogut demostrar que l'instrument compta amb la sensibilitat i especificitat necessàries per a realitzar un adequat cribratge, però que, en contraposició amb l'anterior investigació, factors com la mostra, el punt de tall, el moment del peripart en que s'administra, l'idioma, el fet de respondre amb un professional al davant i l'edat de la pacient, poden alterar lleugerament les seves característiques psicomètriques (McBride et al., 2014) És per això que el seu ús és el més recomanat dins l'àmbit de la salut mental obstètrica, però no es garanteix que els barems i ítems s'adeqüin a la població adolescent. Actualment, no existeix cap instrument de detecció, cribratge o diagnosi de la depressió postpart en mares adolescents. Aquest fet ha estat constatat en nombroses investigacions, que informen que ni la simptomatologia, ni els factors de risc propis de la DPP adolescent, són identificats correctament pels instruments de cribratge vigents (Skowron et al., 2013). És per això que és necessari realitzar proves estandarditzades amb barems aplicats a la població juvenil per obtenir criteris més acotats i precisos i, d'aquesta manera, aconseguir una millor avaluació.

#### **1.4. Tècniques d'intervenció per la Depressió Postpart**

La depressió postpart requereix una intervenció que s'adeqüi a les característiques del moment vital en el que transcorre. A més, com s'ha comentat anteriorment, les implicacions de la DPP afecten tant en la qualitat de vida de la mare com de l'infant, i poden arribar a alterar les dinàmiques de l'entorn familiar i social. A més, el tractament dependrà de la severitat de la DPP. Com en una depressió major, podem classificar la simptomatologia com a lleu, moderada o greu. En qualsevol dels tres nivells és important la psicoteràpia, ja que és la principal estratègia d'abordatge degut a que no presenta efectes secundaris nocius per la pacient ni per l'infant i és una eina eficaç a llarg termini. En aquells episodis més greus o moderats, pot ser necessari l'ús de psicofàrmacs inhibidors de la captació de serotonina. Tot i així, és important que els antidepressius estiguin regularment supervisats pel psiquiatra, ja que en el període de lactància els medicaments poden passar a través de la llet materna i afectar l'infant (Fernández Vera et al., 2014). Alguns professionals opten per la hormonoteràpia, administrant alts nivells d'estrògens per a regular la recent recaiguda d'aquestes hormones després del

part. No obstant, l'eficàcia d'aquest tractament no ha estat contrastada empíricament, ja que els seus estudis es basen en mostres molt reduïdes i no poden generalitzar-se els resultats (Mendoza & Saldivia, 2015). Per últim, també és habitual la teràpia de grup amb altres mares que estan passant per la mateixa situació, fet que ajuda a compartir experiències, idees i sentiments (Fernández Vera et al., 2014). Ara bé, una vegada més, és important comprendre que l'estigma i les circumstàncies que poden afectar a una mare adolescent no seran les mateixes que afectaran a la mare adulta, per la qual cosa aquests grups de suport han tenir en compte els factors psicosocials que poden estar interferint en el procés terapèutic de les menors.

## **1.5. Factors de risc**

### **1.5.1. Factors biofisiològics**

A la llarg de la investigació i literatura científica en relació a la depressió postpart, hi ha una gran quantitat d'autors que atribueixen l'inici i el transcurs d'aquest trastorns a factors únicament biofisiològics. Aquest és el cas de l'assaig realitzat per García et al. (2016), en el que es va realitzar un estudi longitudinal prospectiu amb una mostra de 432 pacients que acabaven de ser mares. Es va estudiar la prevalença i els factors de risc sociodemogràfics associats i, finalment, es va concloure que no hi havia relació entre aquests i la DPP, per la qual cosa atribueixen la causa del trastorn als desajustos hormonals i fisiològics que experimenta la mare durant l'embaràs i després del part. En aquesta mateixa línia, Oko-Ose & Ehwareme (2016) van realitzar un estudi en que s'analitzava el paper dels aspectes fisiològics en la depressió postpart. Es va analitzar la rellevància de l'hipoestrogenisme durant el període postnatal, i es va observar que el tractament amb dosis elevades d'estradiol suposava una millora en el 60% dels quadres depressius. Tot i així, no es va poder concloure la seva efectivitat ja que, contràriament, van observar que les mares amb depressió major tenien elevades concentracions d'estradiol en comparació a les no deprimides. En aquest mateix estudi, i en consonància a la literatura prèvia, es va analitzar la relació entre la DPP i el ràpid descens dels nivells de progesterona que pateix l'organisme després del part, però no es va trobar una clara consistència de la relació d'aquest factor amb el trastorn. Per altra part, es va observar que una hipoactivitat de l'eix hipotàlem-hipofiso-adrenal podria està relacionada amb la depressió postpart, així

com també la disminució transitòria de la CRH hipotalàmica. Per últim, els tres sistemes de monoamines (sistema serotoninèrgic, noradrenalinèrgic i dopaminèrgic) i l'oxitocina estan clarament relacionats amb la depressió postpart. Ara bé, autors destaquen que, tot i que és evident que l'organisme s'enfronta a una desregulació hormonal després del part, la variable biològica per si sola no ha pogut explicar la causa de la depressió postnatal, a diferència d'altres trastorns puerperals com la psicòsi postpart (Mendoza & Saldivia, 2015), de manera que s'han considerat nombroses variables psicosocials com a factors de risc de la DPP.

### **1.5.2. L'adolescència com a factor de risc**

Alguns dels factors de risc que s'han analitzat de cara a poder identificar desencadenants i precisar les intervencions en prevenció, són l'embaràs adolescent, el consum de substàncies tòxiques, l'embaràs no desitjat, complicacions obstètriques durant l'embaràs o el part, patir un trastorn d'ansietat o de l'estat d'ànim prèviament a l'embaràs, haver patit depressió postpart en un embaràs anterior, situacions de violència domèstica i baix nivell educatiu i socioeconòmic (Fernández Vera et al., 2014). Cal esmentar que, tot i que aquests factors poden accentuar la probabilitat de patir una DPP, la seva presència no sempre causa el trastorn, ja que la pacient pot comptar amb altres factors protectors que poden compensar el seu efecte. Per exemple, la resiliència serà un factor protector envers el desenvolupament de la depressió postpart, ja que ha demostrat tenir una relació inversa amb l'estrès maternal percebut (Olajubu et al., 2021). És per això que cal realitzar un diagnòstic basat en l'evidència i el judici clínic d'un professional de la salut mental.

Així doncs, nombrosos estudis han avaluat els factors de risc de la depressió postpart i, tot i no haver-hi un consens unilateral sobre aquells més rellevants, sí hi ha una clara consonància respecte l'embaràs i la maternitat adolescent. Les mares menors de 21 anys tindran el doble de probabilitats de patir una depressió postpart en comparació amb les mares adultes (Nicolet et al., 2021), ja que els canvis vitals propis de l'adolescència es veuen afectats directament pels canvis que duu amb sí mateixa la maternitat. Investigacions assenyalen que la maternitat en l'adolescència augmenta significativament el risc de tenir problemes de salut mental, tals com la depressió, l'abús de substàncies o un trastorn d'estrès posttraumàtic (Govender et al., 2020). Així doncs, els factors biològics,

psicològics, socials i interpersonals que comporta la crisi adolescent, es veuen afectats alhora per la crisi de l'embaràs que, en aquesta etapa, és un esdeveniment viscut com una interrupció al desenvolupament personal i educatiu de la vida de la menor (Cogollo et al., 2015). A més, les mares adolescents entren en el conflicte que es genera entre l'ambició de la recerca d'autonomia i independència personal, i la dependència que l'infant comporta; és per això que tendiran a sentir menys emocions positives cap a la maternitat, fet que pot alterar la sensibilitat enfront les necessitats de l'infant i les conductes de cura (Diniz et al., 2019). Per aquest motiu, i degut a les diferents circumstàncies que afecten a les mares en el període adolescent en comparació a les adultes, pot aparèixer una simptomatologia lleugerament diferent. Els símptomes més recurrents per a les adolescents són els sentiments de culpa i l'ansietat, seguint per les idees autolesives. Cal esmentar que, tot i que les investigacions i els estudis recullen la simptomatologia que afecta a les vides de les mares adolescents, la majoria no reconeix tenir depressió, ja que no perceben la presència d'aquests símptomes en la seva rutina (Augustinho et al., 2016).

### **1.5.3. Factors psicosocials en l'adolescència**

Actualment, no hi ha un clar consens científic en quant a la determinació dels factors de risc de la depressió postpart en mares adolescents. Si bé el fet de tenir menys de 21 anys ja es considera un factor precipitant del trastorn, cal analitzar quines són les possibles variables que afectaran paral·lelament a la menor. Anteriorment, s'ha esmentat que molts d'autors atribueixen la causa de la DPP als factors biofisiològics que actuen en el puerperi, però amb la recent emergència del model biopsicosocial i les investigacions vigents s'han considerat altres variables psicosocials com a possibles factors de risc precipitants.

Les investigacions afirmen que mares adolescents experimentaran, tant en l'embaràs com en el període postpart, més factors d'estrès i desafiaments que les mares adultes, fet que contribuirà a l'aparició de símptomes depressius (Niyonsenga & Mutabaruka 2020). Segons la literatura, aquests factors poden estar relacionats amb els factors psicosocials que afecten el dia a dia de les mares adolescents, i que difereixen de les adultes, tals com la violència, l'història de trauma o l'estigma. Un estudi realitzat per Souza K.J. i col·laboradors (2017), va centrar-se en l'anàlisi de la relació entre la violència obstètrica institucional i la

depressió postpart en una mostra de 432 mares. Van poder observar que les mares adolescents que havien patit violència física obstètrica tenien fins a 17 vegades més probabilitats de patir una DPP i que, si les mares adolescents no eren blanques, la violència per negligència obstètrica augmentava significativament el risc de desencadenar el trastorn. Investigacions en neurobiologia mostren que les experiències estressants violentes provoquen una hiperactivació i una desregulació del sistema nerviós autònom, de manera que un antecedent de trauma en el període de desenvolupament de l'adolescència podria incrementar el risc de patir trastorns emocionals i, en especial, depressió postpart.

En aquesta mateixa línia i tal i com s'ha esmentat anteriorment, la història de trauma i d'abús sexual comporten un dels estressors més rellevants contra els quals s'enfronten les mares adolescents. Nombrosos estudis recullen que són les embarassades i puèrperes adolescents aquelles que tenen més probabilitats de patir abusos físics i sexuals, a més d'estar significativament més exposades a la violència de la comunitat i a la manca d'accés als serveis sanitaris (Govender et al., 2020). A més, una enquesta realitzada en 10 districtes de Ruanda va revelar que un 87,7% dels embarassos adolescents es devien a relacions sexuals forçades. Un 99% de les víctimes no van rebre mai recolzament legal i, un 88% no van obtenir finançament de l'agressor, fet que pot afectar negativament a la salut mental de la mare i desencadenar un quadre depressiu postpart (Niyonsenga & Mutabaruka, 2020). En consonància, un estudi realitzat per Janssen i col·laboradors (2012) en el que s'avaluaven els factors de risc de la depressió postpart en dones maltractades i no maltractades, van observar que les víctimes més joves es trobaven dins el grup més vulnerable de patir DPP. Per últim, cal esmentar que nombroses investigacions afirmen que l'embaràs i la maternitat adolescent estan directament associats amb l'estigmatització cultural i social, la discriminació i les desigualtats de gènere, fet que també irromp en la salut mental de les menors (Govender et al., 2020).

Al llarg dels estudis sobre salut mental obstètrica, observem que els factors s'han intentat descriure i acotar, per tal de poder oferir una major especificitat i eficàcia en els models preventius, però variaran en funció de l'estudi i de la població. Per exemple, trobem que els factors de risc més comuns entre les investigacions inclouen la pobresa, un baix nivell socioeconòmic, la demografia, els antecedents

obstètrics (com les complicacions mèdiques o l'abort) i psiquiàtrics, una mala relació amb la família política o la insatisfacció amb el gènere del bebè (Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020). Altres estudis afirmen que la violència, l'ansietat, els esdeveniments estressants i traumàtics, i el grup ètnic, es especial el no caucàsic, estan associats amb la DPP (Anderson & Connolly, 2018). Per altra part, destaca un elevat nombre d'investigacions que consideren al recolzament social com a un dels factors de risc més rellevants per la DPP adolescent. Es posa de manifest la necessitat de que les adolescents rebin una ajuda social que s'adapti a les seves demandes i expectatives específiques. S'ha discutit la correlació que té el suport social, ja sigui per manca o per excés, ja que estudis assenyalen que quan l'adolescent rep un suport excessiu, aquest podria portar a l'adolescent a creure's incapaç, incompetent o inadequada (Skowron et al., 2013). Per contra, s'ha estimat que quan existeix una manca de suport social i una notable disfuncionalitat familiar, l'adolescent es veurà amb més dificultats a la llarg del seu procés adaptatiu (Govender et al., 2020). Per últim, també s'han considerat factors de risc la baixa autoestima, el consum de substàncies i una menor participació religiosa (Brown et al., 2012).

Així doncs, observem que no hi ha una clara determinació envers els factors de risc que incideixen directament sobre les menors alhora de desencadenar una DPP, de manera que és necessària l'elaboració de revisions sistemàtiques que abordin l'anàlisi de les diferents variables de risc, per tal d'avaluar les actuals investigacions i així poder entendre i prevenir eficaçment el trastorn.

## **2. Objectius i justificació**

Aquest estudi té l'objectiu d'analitzar i determinar quins són els factors de risc clínicament rellevants per a desencadenar una depressió postpart en mares adolescents menors de 21 anys, a través de la contextualització teòrica i la revisió de 13 articles científics.

La rellevància d'aquest objectiu recau en el fet que la població adolescent ha estat poc estudiada per les investigacions de salut mental obstètrica. No existeixen mesures ni barems adequats a les menors, ni tractaments especialitzats en les necessitats específiques del període peripart adolescent. Tal i com s'ha pogut observar, les adolescents tenen molta més probabilitat d'acabar desencadenant una depressió postpart, de manera que el seu estudi i prevenció són

indispensables per reduir l'impacte del trastorn en les seves vides i en les dels seus descendents. És per això que el coneixement, l'anàlisi i l'estudi dels factors de risc que actuen sobre les mares adolescents són clau a l'hora de poder crear propostes d'intervenció preventives, així com per conèixer i entendre quines són les necessitats i demandes que presenten les mares adolescents en risc de depressió postpart.

### 3. Metodologia

Tot el procés metodològic d'aquest estudi ha estat registrat i concretat exhaustivament per a poder atorgar-li la replicabilitat característica d'una revisió sistemàtica. Aquest, va ser iniciat el mes d'abril de 2022.

#### 3.1. Criteris d'inclusió i exclusió

En primer lloc, s'han hagut d'especificar les característiques dels estudis a revisar mitjançant uns criteris d'inclusió-exclusió, que tenen com a finalitat determinar l'elegibilitat dels articles. Aquest criteris són:

|                     |  |
|---------------------|--|
| Criteris d'inclusió | Interval de publicació entre 2012 i 2022.  |
|                     | Articles publicats en llengua anglesa o espanyola.   |
|                     | Articles que estudien un o més factors de risc de la depressió peripart-postpart en població adolescent.                               |
|                     | Articles que estudien els factors de risc de la depressió i altres trastorns en el període peripart o postpart en població adolescent. |
|                     | Que la mostra compti únicament mares adolescents menors de 21 anys.  |
| Criteris d'exclusió | Articles publicats fora de l'interval establert.   |
|                     | Articles en altres llengües que no siguin l'anglès i l'espanyol.   |
|                     | Articles que només estudien la depressió durant l'embaràs adolescent.  |
|                     | Articles que avaluen els factors de risc de la depressió postpart en població general, adulta, o majors de 21.                         |
|                     | Articles que avaluen altres trastorns perinatals i no inclouen la depressió postpart.  |
|                     | Estudis de cas únic, llibres, guies clíniques o altres revisions sistemàtiques.  |
|                     | Estudis realitzats com a altres treballs de final de grau.   |
|                     | Estudis que avaluin l'eficàcia de les intervencions en depressió postpart adolescent i no contemplan l'avaluació dels factors de risc. |

Font: elaboració pròpia.

#### 3.2. Bases de dades, estratègia de recerca i filtres

Seguidament, es va procedir a realitzar la recerca d'estudis a partir de diferents bases de dades i cercadors. Es va utilitzar el cercador del Centre de Recursos per a l'Aprenentatge i la Investigació de la Universitat Rovira i Virgili, fent la primera

recerca a l'abril del 2022. Aquest, compta amb altres portals de recerca com Scopus, Web of Science o Dialnet, entre d'altres. També té accés a diverses revistes científiques multidisciplinars que inclouen la recerca en psicologia, tals com Sage Journals, Science Direct, SpringerLink e-revistes o Taylor & Francis.

Es va utilitzar l'estratègia de recerca *postpartum depression AND risk factors AND adolescent*, aplicant que aquest darrer terme ha d'aparèixer al títol per tal de focalitzar la recerca al grup poblacional d'interès. Sense aplicar els filtres, es van obtenir 1.006 registres. A partir d'aquí, es van aplicar els filtres en relació a l'interval de publicació d'entre el 2012 i el 2022, *peer reviewed* per obtenir una major qualitat i fiabilitat, i *risk factors* i *adolescent* de l'apartat de *Matèria*. Així, es van obtenir 86 resultats, dels quals 4 van reunir els criteris d'inclusió pertinents per a ser seleccionats en aquesta revisió.

Per altra part, es va procedir a utilitzar el cercador Google Scholar introduint l'estratègia de recerca "*postpartum depression in adolescent*" *risk factors*, i es van obtenir 524 registres. Es va marcar l'interval de publicació entre el 2012 i el 2022, obtenint així 455 resultats. De tots aquests, 6 estudis van reunir els criteris i requisits necessaris d'inclusió per a formar part d'aquesta revisió sistemàtica.

Seguidament, es va procedir a fer una darrera recerca en la base de dades de Proquest, a través de la introducció dels termes *ab(risk factors) AND (postpartum depression) AND pub(adolescent)*, i es van obtenir 83 resultats. A més, es van aplicar diversos filtres per tal de concretar la recerca, tals com l'interval de publicació establert i *Scholarly Journals*, per a que els articles formessin part únicament de revistes científiques. D'aquesta manera, es van obtenir 23 resultats, dels quals 1 article va reunir els criteris d'inclusió necessaris. Finalment, es va realitzar la recerca manual de dos articles.

Així doncs, el cribratge d'estudis es va realitzar a partir de la revisió del títol i el resum dels articles, tenint en compte els criteris d'inclusió especificats anteriorment i la rellevància de l'estudi en aquesta revisió. A més, en el cribratge es va tenir en compte l'aparició dels termes "adolescent", "teen" o "teenage" al títol per tal de focalitzar el grup poblacional d'interès. D'aquesta manera, foren 13 els articles seleccionats per formar part d'aquesta revisió sistemàtica (veure taula d'estratègia de recerca i filtres a l'apartat de resultats).

### 3.3. Variables

En quant a les variables que s'analitzaran en aquest estudi, s'han tingut en compte les característiques més rellevants qualitativa i quantitativament, per tal de poder fer una descripció i un anàlisi acurat entre els diferents registres. Aquestes son, doncs, els autors que han realitzat l'article, l'any de publicació, el país o estat en que s'ha realitzat, el títol, la mostra (amb el nombre de participants, característiques, rang i mitjana d'edat), el tipus d'estudi (longitudinal o transversal, prospectiu o retrospectiu), els instruments d'avaluació, els factors de risc que s'avaluen en cada estudi amb el nivell de significació estadística, i els resultats obtinguts (veure figura 3 a l'apartat de resultats).

### 4. Resultats

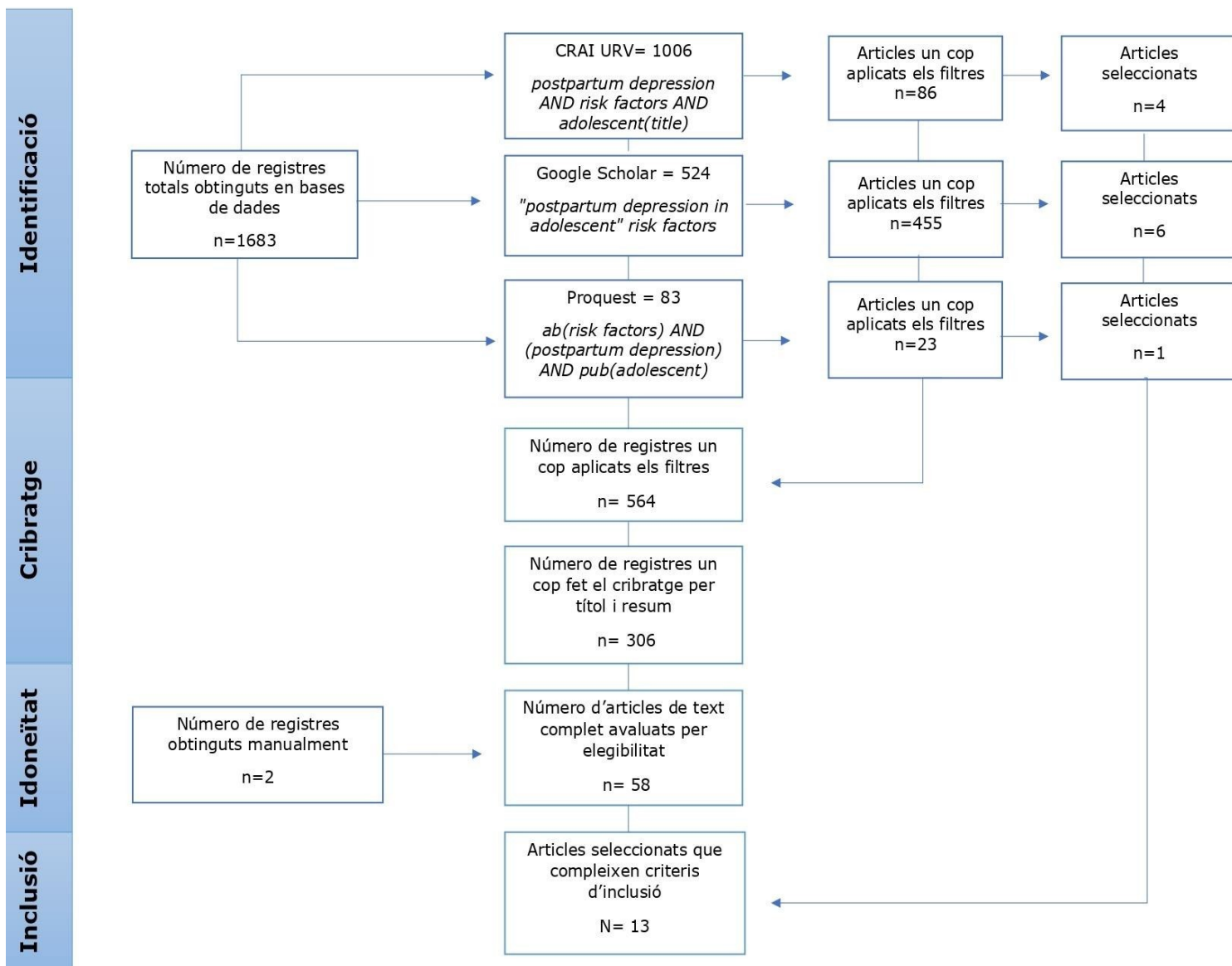
A continuació, es mostren les diferents taules i diagrames que s'han realitzat a la llarg d'aquesta revisió sistemàtica, on hi podem trobar l'estratègia de recerca i els filtres, el diagrama de flux, la taula de variables analítiques, la taula de resultats de les variables i la taula de biaixos d'estudis de factors de risc. L'ordre en que es presenten aquestes taules vol respectar l'ordre natural amb el qual s'ha anat desenvolupant la metodologia d'aquest estudi.

**Figura 1. Estratègia de recerca i filtres**

| Cercadors  | CRAI URV   | Google Scholar  | Proquest  | Manual  |
|--|--|---|---|---|
| <b>Estratègia de recerca (recerca avançada dels cercadors)</b> | <i>Postpartum depression AND risk factors AND adolescent(títol)</i>  | <i>"postpartum depression in adolescent" risk factors</i>                             | <i>Ab(risk factors) AND (postpartum depression) AND pub(adolescent)</i>   | Registre del títol o DOI.   |
| <b>Filtres</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interval de publicació: 2012-2022</li> <li>✓ Peer reviewed</li> <li>✓ Matèria:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risk Factors</li> <li>- Adolescent</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interval de publicació: 2012-2022</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Interval de publicació: Last 10 years</li> <li>✓ Scholarly Journals</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sense filtres</li> </ul> |
| <b>Resultats</b>   | n= 86  | n= 455  | n= 23   | n= 2  |
| <b>Seleccionats</b>  | n=4  | n= 6  | n= 1  | n=2   |
| <b>Articles totals seleccionats</b>                            |  |   |   | N=13  |

Font: elaboració pròpia.

**Figura 2. Diagrama de flux**



Font: elaboració pròpia.

**Figura 3. Taula de variables d'anàlisi**

| <b>VARIABLES</b>                         |
|--|
| Autors                                   |
| Any de publicació                        |
| País                                     |
| Mostra                                   |
| Tipus d'estudi                           |
| Instruments d'avaluació                  |
| Factors de risc i nivell de significació |
| Resultats                                |

Font: elaboració pròpia.

**Figura 4. Taula de resultats de les variables analítiques**

| <b>Autors</b>   | <b>Any de publicació</b> | <b>País</b>                   | <b>Mostra</b>  | <b>Tipus d'estudi</b>    | <b>Instruments d'avaluació</b>  | <b>Factors de risc i significació estadística</b>   | <b>Resultats</b>   |
|---|--------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|---|---|--|
| Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., Wessel, J., & Thorp, J. | 2013                     | North Carolina, Estats Units. | N=212 mares adolescents, menors de 21.<br>Edat mitjana =18,3 anys. | Longitudinal prospectiu. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (punt de tall <math>\geq 11</math>)</li> <li>2) Inventari sobre el trauma</li> <li>3) MOS de Recolzament Social (recolzament social; a de Cronbach major a 0,91)</li> <li>4) SAS-SR (adaptació social; a de Cronbach 0,76)</li> <li>5) DAD (recolzament social del pare del nadó)</li> <li>6) ESI (estressors quotidians)</li> <li>7) GSES (autoeficàcia general; a de Cronbach 0,86)</li> <li>8) PPAQ (adaptació postpart; a de Cronbach 0,75)</li> </ol> | <p>Variables sociodemogràfiques (edat, ètnia, estat civil, estat de la relació, paritat, desitjabilitat de l'embaràs, ingressos familiars, nivell educatiu, ocupació laboral, història de trauma, anticoncepció, activitat sexual, lactància o biberó)</p> <p>Primiparietat, recolzament social, percepció de l'embaràs, adaptació social, estressors vitals, adaptació postpart, implicació del pare, autoeficàcia.<br/>P &lt;0.05</p> | <p>El 10,3% de les mares adolescents presenten simptomatologia de DPP. La història de trauma, la manca de recolzament social, la percepció negativa de l'embaràs, la poca implicació del pare i una anterior depressió prenatal són els factors de risc més significatius per desencadenar una DPP. La història de trauma genera 4 vegades més probabilitats de patir DPP.</p> |

|  |      |                         |  |                          |  |   |   |
|--|------|-------------------------|--|--------------------------|--|---|---|
| Topatan, S., & Demirci, N.   | 2019 | Turquia                 | N= 84 mares adolescents entre 15 i 19 anys.                            | Longitudinal prospectiu. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Formulari d'informació sociodemogràfica, relació amb la parella i la família i pensaments sobre el bebè.</li> <li>2) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (punt de tall punt de tall <math>\geq 12</math>; a de Cronbach 0,76)</li> </ol>  | <p>Antecedents de depressió, estrès financer, intencionalitat de l'embaràs, tipus de part (natural o per cesària), lactància materna, discussions freqüents amb la parella, angoixa i malestar familiar, problemes mèdics amb el bebè, problemes sexuals postpart, nivell educatiu de la mare, decisions i cures del bebè (mare, pare, avis del bebè)</p> <p>P &lt;0.05</p> | <p>22.6% de les mares adolescent presenten risc de DPP. Són factors de risc l'edat (entre 15 i 16 anys hi ha més probabilitat de DPP), les discussions amb la parella, l'angoixa i malestar familiar, les complicacions mèdiques del bebè, els problemes sexuals postnats, el baix nivell educatiu i el no prendre decisions sobre la cura del bebè.</p>                        |
| Cunningham, S. D., Mokshagundam, S., Chai, H., Lewis, J. B., Levine, J., Tobin, J. N., & Ickovics, J. R. | 2018 | New York, Estats Units. | N= 505 mares adolescents entre 14 i 21 anys. Edat mitjana =18,62 anys. | Longitudinal prospectiu. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Formularis sobre els factors sociodemogràfics (edat, ètnia, estat de relació) i sobre l'IMC abans, durant l'embaràs i després del part (registres en cada visita).</li> <li>2) CES-D (versió de 15 ítems per la depressió).</li> <li>3) REAP (hàbits alimentaris)</li> <li>4) WAVE (activitat física)</li> <li>5) Guies de l'Acadèmia Nacional de Medicina.</li> </ol> | <p>Factors sociodemogràfics, conductes de salut vinculades a símptomes DPP i augment de pes gestacional.</p> <p>P &lt;0.05</p>  | <p>Puntuació mitjana de símptomes depressius de la mostra de 9,64. Les mares adolescents que tenien sobrepès abans de l'embaràs i que van guanyar un pes excessiu durant aquest, tenen entre 2,4 i 2,6 vegades més probabilitat de patir DPP, incrementant un 20% el risc. Haver patit depressió prenatal i mals hàbits alimentaris també s'han considerat factors de risc.</p> |

|  |      |                             |   |                          |  |  |  |
|--|------|-----------------------------|---|--------------------------|--|--|--|
| Venkatesh, K. K., Phipps, M. G., Triche, E. W., & Zlotnick, C. | 2013 | New York, Estats Units.     | N= 106 mares adolescents de 17 anys o menys. Edat mitjana de 16 anys. | Longitudinal prospectiu. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) PSI (estrès parental, versió reduïda; a de Cronbach de 0,92)</li> <li>2) KID-SCID (entrevista semiestructurada per la depressió)</li> <li>3) CDRS-R (depressió subumbral; punt de tall 29)</li> <li>4) Entrevista sobre les dades sociodemogràfiques l'historial reproductiu i el consum de substàncies.</li> </ol>  | <p>Característiques sociodemogràfiques</p> <p>Estrès parental (estrès total, angoixa dels pares, disfunció paterno-filial, dificultat infantil)</p> <p>P &lt;0.05</p>  | <p>El 19% de les mares adolescents compleixen criteris de DPP. Les mares adolescents amb DPP tenen puntuacions significativament més altes en estrès parental total, angoixa parental disfunció paterno-filial i dificultat infantil.</p>  |
| Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M.                         | 2020 | KwaZulu-Natal, South Africa | N=326 adolescents d'entre 13 i 19 anys. Mitjana d'edat= 17,92         | Transversal prospectiu.  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Qüestionari dissenyat per a l'obtenció d'informació sobre la demografia social, obstètrica i clínica de les adolescents, els coneixements sobre l'embaràs i la salut sexual i reproductiva, les característiques de la relació de parella, símptomes de depressió i pràctiques sanitàries durant l'embaràs.</li> <li>2) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (punt de tall <math>\geq 13</math>).</li> </ol> | <p>Demografia social, obstètrica i clínica de les adolescents els coneixements sobre l'embaràs i la salut sexual i reproductiva, les característiques de la relació de parella, símptomes de depressió i pràctiques sanitàries durant l'embaràs.</p> <p>P &lt;0.05</p> | <p>8,8% de prevalença DPP. Les experiències d'abús físic, sexual i verbal foren associades amb el risc de DPP. Les mares amb DPP tenien menys probabilitats de tenir recolzament que les no deprimides. Les participants deprimides tenien més probabilitats de tenir només educació primària que les no deprimides. Les adolescents que havien patit violència física eren 7,32 vegades més vulnerables de patir DPP.</p> |

|                                  |      |        |   |                         |   |  |  |
|----------------------------------|------|--------|---|-------------------------|---|--|--|
|                                  |      |        |   |                         |   |  | També la violència de la parella està fortament relacionada amb la DPP, augmentant fins a 9,18 vegades les probabilitats de patir DPP.   |
| Niyonsenga, J., & Mutabaruka, J. | 2020 | Rwanda | N=120 adolescents d'entre 15 i 19 anys Edat mitjana=18 anys | Transversal prospectiu. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (punt de tall <math>\geq 13</math>; <math>\alpha</math> de Cronbach= 0,88)</li> <li>2) PSI/Short Form (2 subescales; <math>\alpha</math> de Cronbach 0,86 per PD i 0,83 per PCDI)</li> <li>3) Inventari de Trastorns Alimentaris: les subescales d'Insatisfacció corporal i Impuls per aprimar-se (punt de tall <math>\geq 4</math>; <math>\alpha</math> de Cronbach 0,85)</li> <li>4) Qüestionari de tres preguntes per avaluar els ingressos familiars</li> <li>5) Escala de Perfeccionisme Multidimensional de Frost (a més puntuació, més crítiques; <math>\alpha</math> de Cronbach 0,45)</li> <li>6) Adaptació de l'Escala Multidimensional de Recolzament Social</li> </ol> | Estrès parental i interacció disfuncional pares-fills, insatisfacció corporal, por a guanyar pes i recerca de la primor, ingressos econòmics, crítica paterna a la criança, recolzament social.<br>p <0.05 | Els factors de risc més significatius per la DPP foren l'angoixa dels pares, les alteracions del pes i la forma corporal, la interacció disfuncional parento-filial, els baixos ingressos econòmics i l'edat cronològica. El suport social percebut i les crítiques dels pares sobre la criança no es van associar a la DPP. |

|                                     |      |                 |  |                         |   |   |   |
|-------------------------------------|------|-----------------|--|-------------------------|---|---|---|
|                                     |      |                 |  |                         | Percebut (a de Cronbach 0,84).  |   |   |
| Rahmadhani, W., & Laohasiriwong, W. | 2020 | Java, Indonesia | N=520 mares adolescents<br>Edat Mitjana: 17,85±1,22.<br>Menors de 20 anys. | Transversal prospectiu. | 1) Qüestionari estructurat sobre: característiques demogràfiques i socioeconòmiques (edat, estat civil, nivell d'estudis, ocupació, tipus d'estada, tipus de llar, mida de la família, ingressos mensuals de la família, despesa mitjana mensual i situació financera) últimes condicions de l'embaràs (embaràs planificat, embaràs desitjat, coneixements de l'embaràs, edat gestacional a la primera visita de control prenatal, hores de les visites de control prenatal, tipus de part, sexe del nadó, expectatives de la mare sobre el nadó, sexe esperat pel cònjuge i satisfacció amb el sexe del nadó)<br>2) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg | Edat, tipus de llar (família nuclear o família extensa), mida de la família (major o igual a set, menor a set), Mitjana familiar d'ingressos mensuals (menys de 111 dòlars, més o igual a 111 dòlars), edat de gestació en la primera visita a cures prenatales (menys a 12 o major a 12), expectativa de la mare del gènere del bebè (home, dona), expectativa del pare sobre el gènere del bebè (home, dona) i satisfacció amb el sexe (sí, no).<br>p. <0.001 | Un 60,58% de la mostrava presentar DPP. Les mares adolescents que estaven insatisfetes amb el gènere del bebè tenien 2,31 vegades més probabilitats de patir DPP. També és significatiu que el pare esperés un bebè de sexe femení, i una edat menor de 18 anys en el primer embaràs. |

|  |      |                                |   |                             |  |  |  |
|--|------|--------------------------------|---|-----------------------------|--|--|--|
|  |      |                                |   |                             | (punt de tall $\geq 13$ ; a de Cronbach 0,89).   |  |  |
| Matei, A.,<br>Dimitriu, M. C.<br>T., Cirstoveanu,<br>C. G., Socea, B.,<br>& Ionescu, C. A. | 2021 | Bucarest,<br>Rumania           | N= 201<br>Mitjana d'edat<br>17,4 $\pm$ 3<br>anys. Menors<br>de 20 anys.                       | Transversal<br>prospectiu.  | 1) Entrevistes i<br>qüestionaris sobre les<br>dades demogràfiques i<br>socials i l'històric<br>obstètric<br>2) Escala de Depressió<br>Postnatal d'Edimburg.<br>(Punt de tall $\geq 13$ ) | Dades<br>sociodemogràfiques, i<br>històric obstètric.<br>Haver donat a llum durant<br>el confinament o en el<br>post-confinament.<br>Variables independents<br>numèriques: l'edat,<br>l'educació, el<br>nombre de parelles<br>sexuals, la paritat, els<br>avortaments (induïts i<br>espontanis) i el nombre<br>de cigarrets fumats al dia.<br>Variables independents<br>categòriques:<br>suport familiar, la<br>presència de factors<br>d'estrès durant el darrer<br>any i el<br>embaràs no desitjat.<br><br>p< 0,05 | Un 45,16% de la mostra<br>va obtenir puntuacions<br>sospitoses de DPP, i un<br>70,58% van obtenir<br>puntuacions molt<br>sospitoses. No diferències<br>significatives entre els<br>grups.<br>El consum de tabac<br>incrementa la possibilitat<br>de desenvolupar DPP.<br>Tenir un embaràs<br>planificat i no tenir un<br>sobre estrès en l'últim any<br>foren factors protectors<br>per no patir DPP. Cap<br>altre factor va ser<br>significativament fiable<br>per predir la DPP. |
| Brown, J. D.,<br>Harris, S. K.,<br>Woods, E. R.,<br>Buman, M. P., &<br>Cox, J. E           | 2012 | Standford,<br>Estats<br>Units. | N= 120<br>Adolescents<br>de 18 anys o<br>menys. Edat<br>mitjana de<br>17,4 $\pm$ 1,3<br>anys. | Longitudinal<br>prospectiu. | 1) Base de dades sobre les<br>característiques<br>sociodemogràfiques de<br>les participants.<br>2) CES-DC (versió<br>modificada per<br>adolescents de l'escala<br>de depressió CES-D;    | Dades demogràfiques:<br>edat, ètnia, estat<br>d'educació actual,<br>inscripció en el programa<br>TANF, situació de vida,<br>antecedents religiosos i<br>afiliació religiosa actual,<br>fonts d'ingressos, històric   | Síntomes depressius en<br>més del 50% de la<br>mostra. Els símptomes<br>depressius estan<br>inversament associats<br>amb el recolzament<br>social. Les puntuacions<br>inicials de la CES-DC se   |

|   |             |                          |   |                                |   |  |  |
|---|-------------|--------------------------|---|--------------------------------|---|--|--|
|   |             |                          |   |                                | <p>punt de tall <math>\geq 16</math>, a de Cronbach de 0,86-0,90 en els diferents punts temporals).</p> <p>3) Qüestionari de Recolzament Social Funcional de Duke-UNC (a de Cronbach de 0,83-0,89 en els diferents punts temporals).</p>  | <p>de salut mental de la participant i de la família, principals fonts de recolzament social i de cura de l'infant.</p>  | <p>correlacionen positivament amb l'edat de la mare, i negativament amb el recolzament del pare o la parella. No hi ha relació entre els símptomes depressius i l'edat del bebè. Puntuacions més baixes en simptomatologia depressiva es relacionen amb nivells més alts de recolzament social del pare i la família. Les puntuacions més altes en depressió indicaven altes taxes d'ideació i conducta suïcida.</p> |
| <p>Nicolet, L., Moayedoddin, A., Miafo, J. D., Nzebou, D., Stoll, B., &amp; Jeannot, E.</p> | <p>2021</p> | <p>Yaoundé, Cameroon</p> | <p>N= 1307 mares de 20 o menys anys en el període peripart. Edat mitjana 17,4 anys.</p> | <p>Transversal prospectiu.</p> | <p>Entrevistes estructurades/ semiestructurades sobre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Característiques sociodemogràfiques (edat, estat civil, religió, estat perinatal, etapa de l'embaràs i edat del bebè)</li> <li>2) Avaluació psicosocial i de la salut mental.</li> <li>3) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (punt de tall <math>\geq 12</math>).</li> </ol> | <p>Variables sociodemogràfiques, circumstàncies de l'embaràs/maternitat (embaràs adolescent, planificació de l'embaràs, solteria o separació, nombre de bebès, gènere del bebè); problemes de salut (antecedents de depressió o ansietat greu anteriors al part, malaltia durant l'embaràs o el part); factors de risc</p> | <p>Prevalença de DPP del 70%. Els embarassos no desitjats, no tenir parella, la depressió i ansietat anteriors a l'embaràs, haver tingut un avortament, la violència domèstica augmenten significativament el risc de DPP. No hi ha diferències estadísticament significatives respecte els factors de risc social.</p>  |

|  |      |          |   |                         |  |   |   |
|--|------|----------|---|-------------------------|--|---|---|
|  |      |          |   |                         | 4) Factors de risc de la DPP.  | social, falta de recolzament pràctic, pobresa i falta de recursos econòmics, refugiats/migrants, zona de guerra, conflicte o desastre natural); experiència negativa de part (antecedents d'avortaments espontanis o mortinats, bebè malalt o deforme, avortament); relació familiar i conjugal (marit insolidari o absent, família polígama, violència domèstica, falta de confiança en la parella, relacions conflictives amb els sogres).<br>p< 0,05 |   |
| Cogollo Milanés, Z., Romero Brieva, Y., Morales García, M., Vanegas Nuñez, J., López Escobar, V., & Guazo Meza, D. | 2015 | Colòmbia | N=460 adolescents d'entre 10 i 19 anys. Edat mitjana=16,6 . | Transversal prospectiu. | 1) Qüestionari de dades sociodemogràfiques (edat en anys complets, escolaritat, barri i estrat de residència)<br>2) Escala de Depressió Postpart d'Edimburg (a de Cronbach de 0.86).<br>3) Escala de Duke-UNC-11 (a de Cronbach de 0,89) de recolzament social | Variables sociodemogràfiques: edat, escolaritat, estat civil, estrat.<br>Factors psicossocials: recolzament social (normal i baix; dimensió afectiva i dimensió confidencial), APGAR familiar (disfuncionalitat, funcionalitat)<br>p< 0,05  | Presència de símptomes depressius en un 49,6% de la mostra. Els símptomes de DPP s'associen significativament amb un baix recolzament social. Aquelles amb baix recolzament social tenen 2,4 vegades més probabilitat de tenir DPP. El 78,9% de les adolescents amb |

|                                      |      |        |  |                          |  |  |  |
|--------------------------------------|------|--------|--|--------------------------|--|--|--|
|                                      |      |        |  |                          | 4) Qüestionari APGAR de funcionalitat familiar (punt de tall $\geq 16$ , a de Cronbach 0,77).  |  | símptomes de DPP presenten recolzament social afectiu baix, i el 59,7% baix recolzament confidencial. No hi ha una significació estadística entre els símptomes de DPP i la funcionalitat familiar. Cap variable sociodemogràfica està associada a la DPP.   |
| Diniz, E., Brandão, T., & Koller, S. | 2019 | Brasil | N=35 mares adolescents en risc social, d'edats entre 14 i 19 anys. | Longitudinal prospectiu. | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Escala de Depressió Postpart d'Edimburg (punt de tall <math>\geq 10</math>, a de Cronbach 0.80 als 6 mesos i 0.85 als 12 mesos)</li> <li>2) Escala de recolzament social (a de Cronbach 0.83 als 6 mesos i 0.95 als 12 mesos postpart)</li> <li>3) Escala aferrament d'adults (a de Cronbach de 0.45, 0.75 i 0.80 en les seves tres dimensions (aferrament proper, dependent i ansiós, respectivament)</li> <li>4) Mesures d'observació mitjançant gravacions en vídeo, observacions naturalistes en la llar de</li> </ol> | Recolzament social, tipus d'aferrament (proper, ansiós o dependent) i pràctiques maternes (positives o negatives).<br>$p < 0,01$ | La manca de recolzament social és un factor de risc per a la DPP en mares adolescents, però el tipus d'aferrament i, en especial l'aferrament ansiós, altera la percepció del recolzament social, percebent-lo com insuficient o inadequat a les necessitats. La percepció del recolzament social interferirà en la DPP i en les pràctiques i conductes maternals. |

|   |      |            |  |                           |   |  |   |
|---|------|------------|--|---------------------------|---|--|---|
|   |      |            |  |                           | les mares als 3, 6 i 12 mesos. (fiabilitat interassistencial de 0,90).  |  |   |
| Boath, E. H., Henshaw, C., & Bradley, E | 2013 | Regne Unit | N= 15 mares adolescents d'entre 16 i 19 anys amb DPP. Edat mitjana =18,8 | Transversal retrospectiu. | 1) Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg (punt de tall $\geq 12$ )<br>2) Entrevistes semiestructurades sobre els mecanismes de recolzament formals i informals (pare del bebè, família, amics, professionals) i el recolzament que els hi agradaria, informació de la que disposen, fonts d'informació i la informació que els hi agradaria tenir, opinions sobre els grups de recolzament de les mares i els obstacles per l'assistència sanitària. | Estigma i percepció de ser jutjades, recolzament social i professional, coneixement i informació, i obstacles per utilitzar l'ajuda. | Les mares adolescents pateixen notablement estigmatització i el judici social, tenen menys recolzament social i recursos per enfrontar-se als desafiaments de la maternitat, tenen un ampli desconeixement sobre la DPP, i s'enfronten a diversos obstacles per l'accés a l'ajuda sanitària, com que els grups de suport no s'adaptin a les seves necessitats. Aquests factors es van veure relacionats directament amb el desencadenament de la DPP. |

Font: elaboració pròpia.

**Figura 5: Taula de biaixos.**

| <b>Autors i any de publicació</b>  | <b>Participació en l'estudi</b> | <b>Desgast de l'estudi</b> | <b>Mesura dels factors de risc</b> | <b>Mesura dels resultats</b> | <b>Mesura i comptabilitat dels factors de confusió</b> | <b>Anàlisi</b> |
|--|---------------------------------|----------------------------|------------------------------------|------------------------------|--|----------------|
| Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., Wessel, J., & Thorp, J. (2013) | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Topatan, S., & Demirci, N. (2019)  | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | No   | Sí             |
| Cunningham, S. D., Mokshagundam, S., Chai, H., Lewis, J. B., Levine, J., Tobin, J. N., & Ickovics, J. R. (2018)                | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Venkatesh, K. K., Phipps, M. G., Triche, E. W., & Zlotnick, C. (2013)  | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | Sí   | Sí             |
| Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020)  | Sí                              | No                         | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Niyonsenga, J., & Mutabaruka, J. (2020)  | Sí                              | No                         | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Rahmadhani, W., & Laohasiriwong, W. (2020)   | Sí                              | Parcialment                | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Matei, A., Dimitriu, M. C. T., Cirstoveanu, C. G., Socea, B., & Ionescu, C. A. (2021)  | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Brown, J. D., Harris, S. K., Woods, E. R., Buman, M. P., & Cox, J. E. (2012)   | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | Sí   | Sí             |
| Nicolet, L., Moayedoddin, A., Miafo, J. D., Nzebou, D., Stoll, B., & Jeannot, E. (2021)  | Sí                              | Parcialment                | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Cogollo Milanés, Z., Romero Brieva, Y., Morales García, M., Vanegas Nuñez, J., López Escobar, V., & Guazo Meza, D. (2015)      | Sí                              | Parcialment                | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Diniz, E., Brandão, T., & Koller, S. (2019)  | Sí                              | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | Parcialment  | Sí             |
| Boath, E. H., Henshaw, C., & Bradley, E. (2013)  | Sí.                             | Sí                         | Sí                                 | Sí                           | No   | Sí             |

Font: elaboració pròpia a partir del model de Hayden, J. A., van der Windt, D. A., Cartwright, J. L., Côté, P., & Bombardier, C. (2013)

#### **4.1. Anàlisi dels resultats**

Aquesta revisió compta amb un total de 13 estudis, els quals han estat seleccionats per la seva adaptació als criteris d'inclusió i la seva rellevància de cara a assolir l'objectiu proposat. Tots ells han estat extrets de les bases de dades del CRAI de la URV, Google Scholar i Proquest, a partir de l'estratègia de recerca i els filtres esmentats anteriorment (veure figura 1); per últim, dos articles han estat enregistrats manualment. Tots els estudis d'aquesta revisió han estat publicats entre el 2012 i el 2022, ja que s'ha vetllat per la major vigència i actualització possible. De tots ells, 6 són estudis longitudinals i 7 són transversals, així com 12 són prospectius i 1 és retrospectiu. Els estudis han estat realitzats en diferents estats a nivell mundial, tals com els Estats Units (4 estudis), Turquia, la República de Sud Àfrica, Ruanda, el Camerun, la República d'Indonèsia, Romania, Colòmbia, Brasil i el Regne Unit. Tot seguit, s'ha observat que la mitjana de l'edat de les diferents mostres oscil·la entre els 16 i els 18,8 anys, de manera que aquest estudi compta amb una mitjana de 17,66 anys (sense tenir en compte la mitjana d'edat de dos dels articles, ja que no apareix indicada). La mostra dels diferents estudis oscil·la entre les 15 participants i les 1307, de manera que la mediana de les mostres és de 160,5 i la mitjana recau en 308,53. Totes les mares són menors de 21 anys.

Els instruments d'avaluació de la depressió postpart varien depenent de l'estudi. La prova més utilitzada ha estat l'Escala de Depressió Postpart d'Edimburg, ja que s'ha administrat en 10 dels estudis. Emperò, no tots els autors han establert el mateix punt de tall, ja que aquest oscil·la entre una puntuació major o igual a 10, 11, a 12 i 13. El coeficient  $\alpha$  de Cronbach varia en funció de l'article i la població, ja que s'han obtingut puntuacions que fluctuen entre 0,76 i 0,89. Altres eines d'avaluació dels símptomes depressius que apareixen en aquest estudi són el CES-D, KID-SCID, CDRS-R, i formularis i entrevistes d'elaboració pròpia. En quant als factors de risc, observem diferents mesures estandarditzades que s'adapten a la variable que es vol analitzar, tals com el MOS, DAD, una adaptació de l'Escala Multidimensional de Recolzament Social Percebut, el qüestionari de Recolzament Social de Duke-UNC, l'Escala de Recolzament Social i entrevistes semiestructurades pel que fa al recolzament social, o el PSI, el Qüestionari Apgar

de funcionalitat familiar i entrevistes semiestructurades per les relacions i conflictes familiars. Al llarg dels 13 estudis, també podem trobar instruments de mesura com el SAS-SR (adaptació social), ESI (estressors quotidians), GSES (autoeficàcia general), PPAQ (adaptació postpart), REAP (hàbits alimentaris), WAVE (activitat física), l'Inventari de Trastorns Alimentaris (amb les subescales d'insatisfacció corporal i impuls per aprimar-se), l'Escala de Perfeccionisme Multidimensional de Frost, l'Escala d'Aferrament d'Adults (amb les dimensions d'aferrament proper, dependent i insegur) i altres entrevistes, formularis, o mètodes d'observació d'elaboració pròpia.

Pel que fa als factors de risc estudiats, podem observar un predomini de les variables sociodemogràfiques (apareixen en 7 estudis), el recolzament social (apareix en 7 estudis), els ingressos o el nivell socioeconòmic (apareixen en 6 estudis), les qüestions relacionades amb l'àmbit familiar, tals com les relacions parento-filials, l'estrès parental, la funcionalitat familiar o els conflictes familiars (apareixen en 6 estudis), l'historial obstètric i els antecedents, tals com l'avortament, les complicacions mèdiques o el tipus de part (apareixen en 4 estudis), les qüestions relacionades amb la salut sexual, com el nombre de parelles sexuals, l'anticoncepció, l'activitat o les problemàtiques sexuals postpart (apareixen en 4 estudis), la desitjabilitat i la intencionalitat de l'embaràs (apareix en 4 estudis) i el nivell educatiu de la mare (apareix en 4 estudis). També s'han considerat altres factors de risc en menor mesura, tals com la història de trauma (en 3 estudis), els antecedents psiquiàtrics (en 3 estudis) o el coneixement de la informació relacionada amb l'embaràs, el part i els recursos en salut mental obstètrica (en 3 articles), entre d'altres.

Per altra part, nombroses investigacions han extret quin és el tant per cent de la mostra que presenta símptomes i indicadors de DPP. Tot i que l'EPDS, l'instrument més utilitzat en el conjunt d'aquesta revisió, no és una eina diagnòstica, sí s'ha utilitzat com a eina de cribratge. Així doncs, la prevalença dels estudis seleccionats en aquest estudi fluctua entre un mínim de 8,8% (Govender et al., 2020) i un màxim de 70,58% (Matei et al., 2021). En aquest cas, les diferències entre les puntuacions extremes podrien deure's a factors culturals, ja que ambdós estudis tenen un disseny transversal prospectiu, coincideixen en els instruments d'avaluació (qüestionaris i EPDS), tenen una mitjana d'edat similar (17,92 pel mínim i 17,4 pel màxim) i són duts a terme en anys consecutius (2020 i 2021 respectivament). Les diferències que poden afectar a la prevalença són, per un

costat, els factors culturals que actuen sobre la població de la mostra, ja que un estudi està realitzat a la República de Sudàfrica (mínim) i l'altre a Rumania (màxim). A més, el 70,58% es pot explicar, també, pel fet que l'estudi va ser realitzat en el moment de la crisi per la COVID-19 i que, de fet, es tenia en compte com a un factor de risc per a la simptomatologia depressiva postnatal. Aquest resultat estaria en consonància amb diverses investigacions que s'han realitzat últimament en relació a l'impacte psicològic de la COVID-19 en infants i adolescents. S'ha pogut observar com la pandèmia ha desencadenat tota una sèrie d'estressors psicosocials que han tingut un impacte en el benestar emocional i psicològic de l'adolescent i la família (Palacio-Ortiz et al., 2020). Així doncs, les alteracions de l'estat d'ànim podrien explicar-se per la suma de 4 crisis que confluirien a la vegada: la crisi pròpia de l'adolescència, la crisi de l'embaràs i la maternitat, la crisi per la COVID-19 amb el desencadenament de nous estressors com el confinament, i la crisi familiar, amplificada pels factors relatius a la pandèmia i els conflictes intrafamiliars que comporta la maternitat adolescent en alguns casos. Per últim, les diferències entre els estudis sobre la prevalença de DPP en la mostra poden deure's la varietat de punts de tall utilitzats a l'EPDS. Aquests, fluctuen entre el  $\geq 10$ ,  $\geq 11$ ,  $\geq 12$  i  $\geq 13$ , en funció de l'estudi, de manera que poden haver alteracions en els criteris per considerar que una mare adolescent pot estar desenvolupant una simptomatologia depressiva postnatal. A més, a la llarg d'aquesta revisió s'han utilitzat altres instruments diagnòstics, com el CES-D o el KID-SCID, fent que el punt de tall per discriminar entre un quadre depressiu i no depressiu sigui relatiu en cada cas.

Seguidament, aquest estudi ha analitzat els diferents factors de risc que actuen sobre la mare adolescent alhora de desencadenar una depressió postpart. A la llarg dels 13 articles, hem observat una gran divergència entre factors, fet que concorda amb la visió multifactorial i multicausal de la DPP.

Un dels factors de risc més estudiats i analitzats, com s'ha dit anteriorment, és el recolzament social. Aquest, ha resultat tenir una correlació negativa amb la simptomatologia depressiva postpart; és a dir, les mares adolescents que tenen un menor recolzament social, tenen més probabilitats de presentar un quadre depressiu després del part. Podem observar aquesta correlació en 5 dels estudis de la revisió (Meltzer-Brody et al., 2013; Brown et al., 2012; Cogollo Milanés et al., 2015; Diniz et al., 2019; Boath et al., 2013). Tot i així, en els estudis de Niyonsenga & Mutabaruka (2020) i Nicolet et al., (2021) no es va trobar cap

relació entre el recolzament social percebut i la manifestació de símptomes depressius. Aquesta diferència, pot explicar-se per les diferències culturals ja que, els estudis en que no s'ha trobat correlació entre el recolzament social i la DPP, van ser duts a terme en diversos estats del continent africà, mentre que els que sí es va trobar una correlació negativa pertanyen al continent americà i al Regne Unit. A més, en l'estudi de Niyonsenga & Mutabaruka (2020), s'estima que aquesta diferència pot deure's, a part de a les qüestions culturals, al fet de ser víctima d'una agressió sexual, ja que pot comportar un important aïllament social. Addicionalment, el baix recolzament del pare pot agreujar les probabilitats de patir DPP. S'ha trobat, en 6 dels articles, que una baixa implicació per part del pare (Meltzer-Brody et al., 2013) o un baix recolzament del pare (Brown et al., 2012), discussions amb la parella (Topatan & Demirci, 2019), les expectatives del pare sobre el gènere del bebè i, en especial, les expectatives de tenir una noia (Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020), o el fet de no tenir parella (Nicolet et al., 2021), augmenten considerablement les probabilitats de desencadenar un quadre depressiu postpart en el període adolescent. Cal esmentar, però, que el tipus d'aferrament i, en concret, l'aferrament ansiós, pot alterar la percepció del recolzament social obtingut, de manera que s'ha de tenir en compte com a factor mediador entre la relació que s'estableix entre el recolzament social i la DPP. A més, aquest tipus d'aferrament també afectarà a la qualitat de les pràctiques i conductes maternals cap a l'infant (Diniz et al., 2019).

Per altra part, un altre dels factors de risc més valorat en el conjunt de la revisió, ha estat la disfuncionalitat familiar. Aquesta qüestió, abordada des de el termes de disfunció familiar, mala relació familiar, malestar familiar o conflictivitat familiar a la llarg dels diferents estudis, ha demostrat tenir una correlació positiva amb la depressió postpart en 3 dels articles, de manera que a més disfunció familiar, més probabilitats de patir una depressió postpart en el període adolescent. Aquests resultats apareixen en l'estudi de Topatan & Demirci (2019), Venkatesh et al., (2013) i Niyonsenga i Mutabaruka (2020). Més concretament, també l'estrès i l'angoixa parental s'ha relacionat amb una major probabilitat de patir el trastorn en aquests mateixos estudis. Emperò, segons Cogollo Milanés et al., (2015) no hi ha una correlació de cap tipus entre la funcionalitat familiar i la depressió postpart en mares adolescents. Segons expliquen, aquest fet pot deure's a que les adolescents amb quadres familiars disfuncionals recorren a la compensació emocional a través de l'activitat sexual i l'embaràs, fet que supliria la falta d'afecte

en l'entorn familiar. De la mateixa manera, Nivosenga i Mutabaruka (2020) no troben cap correlació entre la DPP i les crítiques dels pares sobre la criança del recent nat. Tot i així, en l'estudi de Venkatesh et al. (2013) afirmen que l'estrès parental, l'angoixa parental, i les interaccions familiars disfuncionals són factors de risc claus a l'hora de desencadenar una depressió postpart, així com també una depressió subumbral. Ja que, aquest, es un estudi longitudinal, van poder comprovar la persistència d'aquesta correlació a la llarg del seguiment. A més, l'estrès parental pot interferir en la disminució de la confiança materna de l'adolescent, provocant que l'estrès de la mare afecti a la capacitat per respondre a les demandes de l'infant. En relació i consonància amb aquesta qüestió i el punt anterior, un estudi de Angley et al., (2014) recull i posa de manifest la importància del suport social i la funcionalitat familiar durant el període peripart, ja que aquestes dues variables interferiran en la competència parental percebuda tant de la mare com del pare adolescent, i conseqüentment, en la disminució del risc de depressió postpart.

Seguidament, els resultats d'aquesta revisió mostren que la història de trauma genera fins a 4 vegades més probabilitats de patir depressió postpart en el període adolescent (Meltzer-Brody et al., 2013); la violència domèstica per part de la parella (Govender et al., 2020; Nicolet et al., 2021) augmenta fins a 9,18 vegades més les probabilitats de patir el trastorn i que, les experiències d'abús físic, sexual i verbal, són un factor de risc clau de la DPP. Només l'abús físic genera 7,32 vegades més probabilitats de patir simptomatologia depressiva en les mares adolescents (Govender et al., 2020),.

Per altra costat, els antecedents psiquiàtrics de depressió han esdevingut importants factors de risc en 3 dels articles d'aquesta revisió (Meltzer-Brody et al., 2013; Cunningham et al., 2018; Nicolet et al., 2021). A més, la correlació és major si la simptomatologia depressiva s'ha donat en el període prenatal, essent, segons Meltzer-Brody et al. (2013), el predictor més fort per a la depressió postpart en mares adolescents.

Un altre factor de risc relacionat amb la depressió postpart adolescent és la pròpia edat de les mares. En 4 articles, s'ha trobat una major correlació amb la DPP en funció del rang. Per exemple, en l'estudi de Topatan i Demirci (2019), les mares que tenien entre 1 i 16 anys tenien més probabilitat de patir depressió postpart, mentre que en l'estudi de Rahmadhani i Laohasiriwong (2020) es considera que el simple fet d'haver tingut el primer embaràs amb una edat inferior a 18 anys ja

es un fort factor de risc per la DPP. Brown et al., (2012) van observar que l'edat cronològica té una correlació positiva amb la DPP, essent les mares adolescents de 18 anys les més vulnerables de patir un quadre depressiu postnatal. Finalment, en l'estudi de Niyonsenga i Mutabaruka (2020) no s'especifica en quin rang d'edat les mares adolescents tenen més risc de patir el trastorn.

Altrament, les qüestions relacionades amb el pes i la forma corporal han resultat ser rellevants a l'hora de desencadenar una DPP en 2 dels articles. Per un costat, Cunningham et al. (2018), van observar que aquelles mares adolescent amb sobrepès abans de l'embaràs, que havien tingut un augment excessiu de pes durant el mateix, tenien un 20% més de probabilitat de patir una depressió postpart, així com també els mals hàbits alimentaris. Per altra banda, en l'estudi de Niyonsenga i Mutabaruka, J. (2020) es considera que les alteracions del pes i la forma corporal poden veure's relacionades amb la simptomatologia depressiva postpart. Tot i així, cal esmentar que en aquest darrer estudi s'han tingut en compte les variables psicològiques tals com la preocupació alimentària, l'impuls per aprimar-se, la simptomatologia relativa a trastorns alimentaris o la insatisfacció corporal, ja que hi poden haver alteracions en la percepció del propi cos per part de l'adolescent. De fet, aquestes consideracions es relacionen amb les troballes sobre insatisfacció corporal en l'embaràs i el puerperi, ja que s'ha observat que, després del part, les dones tindran alts índex d'insatisfacció amb el seu cos per no adaptar-se als cànons de bellesa establerts, i que aquest pot ser un factor precipitant de patir un TCA (Villalba Baena, 2018).

Així mateix, les variables relacionades amb l'historial obstètric i l'embaràs, tals com la percepció negativa de l'embaràs (Meltzer-Brody et al., 2013), l'embaràs no desitjat i antecedents d'avortament (Nicolet et al., 2021), i les complicacions mèdiques amb el bebè (Topatan & Demirci, 2019) han resultat afectar en el desencadenament d'una depressió postpart. A més, en l'estudi de Matei et al. (2021) van observar que el fet de tenir un embaràs planificat i intencionat esdevenia un factor protector enfront la vulnerabilitat de desencadenar un quadre depressiu. Aquestes dades mostren una consonància amb l'estudi de Meléndez et al., (2017), que varen analitzar els factors de risc de la DPP en 592 mares. Van observar que un dels factors de risc més rellevants per desencadenar depressió postpart, tant en adultes com en adolescents, era l'embaràs no desitjat (51% en les adolescents i 59% en les adultes).

Finalment, trobem diversos factors de risc que s'han considerat rellevants en només un estudi de la revisió. Aquests, són els problemes sexuals postnats, el baix nivell educatiu i la manca de poder sobre les decisions sobre la cura de l'infant (Topatan & Demirci, 2019); els baixos ingressos econòmics (Niyonsenga & Mutabaruka, 2020); la insatisfacció amb el gènere del bebè (Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020), amb un augment del 2,31% de probabilitats; el consum de tabac (Matei et al., 2021), l'estigma i el judici social, la manca de recursos per afrontar els desafiaments de la maternitat, el desconeixement sobre la DPP i els obstacles per accedir a l'atenció i ajuda sanitària (Boath et al., 2013).

Per últim, en aquest estudi sistemàtic s'ha realitzat l'anàlisi dels possibles biaixos que poden presentar els articles seleccionats. Per fer-ho, s'ha tingut en compte la taula proposada en l'article de Hayden et al. (2013) sobre la valoració dels biaixos en estudis de factors de risc, tals com els biaixos en relació a la participació en l'estudi, el desgast de la mostra de l'estudi, la mesura dels factors de risc, la mesura dels resultats, la mesura i la comptabilitat dels factors de confusió, i l'anàlisi. Les opcions de resposta fluctuen qualitativament entre "Sí", "Parcialment", "No", o "Insegur". Pel que podem observar, comptem amb dos estudis que compten amb una exhaustiva limitació dels biaixos, fet que atorga una forta fiabilitat i consistència a l'estudi. Aquest, és el cas de les investigacions de Venkatesh et al. (2013) i Brown et al. (2012). Pel que al desgast de l'estudi, observem 3 dels articles han aplicat un control parcial sobre el biaix (Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020; Nicolet et al., 2021; Cogollo Milanés et al., 2015), i 2 investigacions no han tingut cap control (Govender et al., 2020; Niyonsenga & Mutabaruka, 2020). Els articles que han tingut un control parcial del biaix, han realitzat el recompte de la mostra que s'ha perdut a la llarg de l'estudi i l'han tingut en compte en els resultats i discussió, però no han realitzat l'anàlisi de les seves característiques ni han exposat les relacions que pot amagar l'abandonament de les participants. Per contra, els articles que directament no han realitzat ni l'anàlisi de les característiques, ni el recompte de les pèrdues, estan més exposats haver obtingut uns resultats esbiaixats, fet que resta fiabilitat a les conclusions i dificulta les generalitzacions.

Seguidament, en relació a la mesura i comptabilitat dels factors de confusió, observem que 9 dels articles han controlat parcialment un control sobre el biaix (Meltzer-Brody et al., 2013; Cunningham et al., 2018; Govender et al., 2020; Niyonsenga & Mutabaruka, 2020; Rahmadhani & Laohasiriwong, 2020; Matei et

al., 2021; Nicolet et al., 2021; Cogollo Milanés et al., 2015; Diniz et al., 2019), mentre que 2 dels estudis no han aplicat cap tipus de control (Topatan & Demirci, 2019; Boath et al., 2013). Els estudis que han tingut en compte les variables que poden actuar com a factors de confusió, i així ho assenyalen a les limitacions de l'estudi, però no els han controlat als resultats, han obtingut un control parcial del biaix. Per contra, aquells estudis que no han determinat els factors de confusió, ni els han tingut en compte en els resultats, no han aplicat cap tipus de control del biaix. Aquest fet pot ocasionar que existeixi una distorsió en la mesura d'associació de les variables, i danyar o fins i tot anul·lar la validesa interna de l'estudi. Aquest, és el biaix que més es pot observar en el conjunt d'articles seleccionats d'aquesta revisió. Contràriament, observem que les variables de participació en l'estudi, mesura dels factors de risc, mesura dels resultats i anàlisi, han estat adequadament controlades.

## **5. Conclusió**

Un cop finalitzat l'anàlisi dels factors de risc per la depressió postpart en mares adolescents, podem establir diverses conclusions. En primer lloc, hem observat una gran heterogeneïtat i divergència en quant a la prevalença del trastorn en mares adolescents, ja que aquesta ve determinada, en gran part, per factors culturals i socials que possibiliten o impossibiliten l'accés al diagnòstic i tractament. Seguidament, s'ha pogut observar com l'eina més utilitzada i fiable dins l'àmbit de la salut mental obstètrica és l'EPDS, ja que aquesta ha estat utilitzada i administrada en 10 de 13 estudis revisats, en consonància amb la literatura prèvia. Tot i així, és important destacar que la discordança entre els punts de tall pot alterar els resultats de la mostra, i poden haver-hi diferències diagnòstiques per una mateixa simptomatologia. Seguidament, hem pogut observar que els factors de risc més analitzats i considerats en les investigacions són les variables sociodemogràfiques, el recolzament social, el nivell socioeconòmic, la disfuncionalitat familiar, l'historial obstètric, les qüestions relacionades amb la salut sexual, la desitjabilitat i la intencionalitat de l'embaràs, el nivell educatiu de la mare, la història de trauma, els antecedents psiquiàtrics, i el coneixement de la informació relacionada amb l'embaràs, el part i els recursos en salut mental obstètrica. Tot i així, aquells que mantenen una correlació amb la DPP adolescent han estat, en major mesura, el recolzament social, la disfuncionalitat familiar, la història de trauma i violència, l'historial psiquiàtric,

l'edat cronològica de les mares, les alteracions en el pes i la forma corporal, i l'historial obstètric, així com els problemes sexuals postnats, el baix nivell educatiu, la manca de poder sobre les decisions sobre la cura de l'infant, els baixos ingressos econòmics, la insatisfacció amb el gènere del bebè, el consum de tabac, l'estigma, el judici social, la manca de recursos per afrontar els desafiaments de la maternitat, el desconeixement sobre la DPP i els obstacles per accedir a l'atenció i ajuda sanitària, en menor mesura.

Aquest estudi té diverses fortaleses i limitacions. Per una part, compta amb una clara estructura metodològica que permet la replicació de la revisió, que compta amb uns criteris d'inclusió-exclusió acotats, tres bases de dades diferents, i variables analítiques específiques. També, s'han pogut assolir els objectius d'observar i analitzar els factors de risc que afecten a la DPP de les adolescents a partir de la mostra de 13 estudis. Tot i així, les limitacions d'aquesta revisió recauen en la manca d'estudis realitzats sobre la DPP en població adolescent, fet que ha afectat considerablement al nombre d'investigacions seleccionades i recopilades en aquesta revisió. Una major investigació ens atorgaria una major variabilitat de resultats i, per tant un anàlisi més complet, profund, i específic dels diferents factors de risc. A més, un altra limitació és el notable nombre d'estudis transversals que s'han inclòs, ja que aquests no permeten establir relacions de causa efecte entre els factors de risc i el diagnòstic clínic. Seguidament, pel que fa a les limitacions pròpies els estudis revisats, podem observar que els biaixos discutits anteriorment afectaran la fiabilitat de les seves conclusions, fet que afectarà consegüentment a la revisió. Per últim, aquestes limitacions han de sumar-se a les dificultats i obstacles, ja esmentats anteriorment, que afecten a la subdetecció de casos clínics, fent que es dificulti una clara recopilació de la simptomatologia i els factors de risc associats.

A partir d'aquesta revisió sistemàtica, s'ha pogut comprendre la necessitat de fomentar la investigació en l'àmbit de la salut mental obstètrica en població adolescent, i potenciar diverses línies futures. Són molts pocs els estudis que avaluen i analitzen els factors de risc i la simptomatologia pròpia del trastorn de les menors, i és important incidir en les diferències que pot comportar desenvolupar un quadre depressiu postpart en l'edat adolescent, o en l'adultesa, per tal de poder oferir una avaluació, un diagnòstic i una intervenció centrades en les necessitats i característiques de les pacients. A més, existeix la necessitat de construir proves estandaritzades i barems que s'ajustin a la població juvenil, així

com també establir dissenys d'intervenció que contemplin els factors socials, familiars, i personals, que poden interferir en el procés terapèutic de la menor. Per això, cal reorientar i adaptar l'atenció sanitària en moltes poblacions, ja que l'accés a l'ajuda i l'atenció assistencial és un dels obstacles amb els quals s'han d'enfrontar les recent mares en situació de risc. Seguidament, és imperatiu, a partir de la investigació i l'anàlisi dels factors de risc, crear models de prevenció de la salut mental obstètrica, per tal de poder reduir els riscos i les conseqüències de patir el trastorn, tant per la mare, com per l'infant, i l'entorn. Dins els plans de prevenció, és important comptar amb una adequada educació sexual ja que, com hem vist, un alt nombre de casos d'embarassos adolescents es donen en situacions d'abús, o acaben essent embarassos no desitjats.

## 6. Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (2013). *Guía de Consulta de Los Criterios Diagnósticos del Dsm-5(r): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria from Dsm-5(r)* (5.ª ed., Vol. 2). American Psychiatric Publishing.  
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
2. Anderson, C. A., & Connolly, J. P. (2018). Predicting posttraumatic stress and depression symptoms among adolescents in the extended postpartum period. *Heliyon*, 4(11), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00965>
3. Angley, M., Divney, A., Magriples, U., & Kershaw, T. (2014). Social Support, Family Functioning and Parenting Competence in Adolescent Parents. *Maternal and Child Health Journal*, 19(1), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1496-x>
4. Augustinho, V., Camargo, L., dos Santos, J. C., & Azevedo, F. (2016). Identification of depressive symptoms during postpartum in adolescent mothers. *Revista Electrónica de Enfermería*, 18(1149), 1–10.  
<https://doi.org/10.5216/ree.v18.32728>
5. Boath, E. H., Henshaw, C., & Bradley, E. (2013). Meeting the challenges of teenage mothers with postpartum depression: overcoming stigma through support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(4), 352–369.  
<https://doi.org/10.1080/02646838.2013.800635>

6. Brown, J. D., Harris, S. K., Woods, E. R., Buman, M. P., & Cox, J. E. (2012). Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Social Support in Adolescent Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 16(4), 894–901. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0814-9>
7. Cogollo Milanés, Z., Romero Brievea, Y., Morales García, M., Vanegas Nuñez, J., López Escobar, V., & Guazo Meza, D. (2015). Associated factors with clinically significant depressive symptoms in postpartum adolescents in Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 31(2), 234–244. <https://doi.org/10.14482/sun.31.2.5127>
8. Cunningham, S. D., Mokshagundam, S., Chai, H., Lewis, J. B., Levine, J., Tobin, J. N., & Ickovics, J. R. (2018). Postpartum Depressive Symptoms: Gestational Weight Gain as a Risk Factor for Adolescents Who Are Overweight or Obese. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(2), 178–184. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12686>
9. Diniz, E., Brandão, T., & Koller, S. (2019). Attachment and social support matters: a longitudinal moderated mediation on the link between maternal depression and maternal behaviours in at-risk adolescent mothers. *Early Child Development and Care*, 191(13), 2128–2140. <https://doi.org/10.1080/03004430.2019.1696784>
10. Downie, J., Wynaden, D., McGowan, S., Juliff, D., Axten, C., Fitzpatrick, L., Ogilvie, S., & Painter, S. (2003). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to achieve best practice standards. *Nursing and Health Sciences*, 5(4), 283–287. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00164.x>
11. Fernández Vera, J. K., Iturriza Natale, A. T., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229–243. <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v74n4/art03.pdf>
12. Friesen, K., Peterson, W., Squires, J., & Fortier, C. (2017). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for Use With Young Childbearing Women. *Journal of Nursing Measurement*, 25(1), 1–16. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.25.1.e1>
13. García, M., González, P., Rodríguez, D., Jiménez, M., & Zouain, J. (2016). Incidencia de Depresión Postparto en adolescentes y adultas. *Anales de Medicina PUCMM*, 6(1), 78–93.

[http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1762/AMP\\_20160601\\_78-93.pdf?sequence=1](http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12060/1762/AMP_20160601_78-93.pdf?sequence=1)

14. Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020). Antenatal and Postpartum Depression: Prevalence and Associated Risk Factors among Adolescents' in KwaZulu-Natal, South Africa. *Depression Research and Treatment*, 1, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2020/5364521>
15. Hayden, J. A., van der Windt, D. A., Cartwright, J. L., Côté, P., & Bombardier, C. (2013). Assessing Bias in Studies of Prognostic Factors. *Annals of Internal Medicine*, 158(4), 280–286. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-4-201302190-00009>
16. Hipwell, A. E., Murray, J., Xiong, S., Stepp, S. D., & Keenan, K. E. (2016). Effects of Adolescent Childbearing on Maternal Depression and Problem Behaviors: A Prospective, Population-Based Study Using Risk-Set Propensity Scores. *PLOS ONE*, 11(5), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155641>
17. Kirchengast, S. (2012). Teenage-pregnancies from a Human Life History Viewpoint – an Updated Review with Special Respect to Prevention Strategies. *Current Women's Health Reviews*, 8(3), 248–255. <https://doi.org/10.2174/157340412803760685>
18. Matei, A., Dimitriu, M. C. T., Cirstoveanu, C. G., Socea, B., & Ionescu, C. A. (2021). Assessment of Postpartum Depression in Adolescents Who Delivered during COVID-19 Social Restrictions: The Experience of a Tertiary Hospital from Bucharest, Romania. *Healthcare*, 9(807), 1–10. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070807>
19. McBride, H. L., Wiens, R. M., McDonald, M. J., Cox, D. W., & Chan, E. K. H. (2014). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): A Review of the Reported Validity Evidence. *Research Gate*, 54, 157–175. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-07794-9>
20. Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., & Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7–12. <https://www.redalyc.org/journal/3759/375955679003/html/>
21. Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., Wessel, J., & Thorp, J. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American*

- Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(211), 1–7.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.020>
22. Mendoza B, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887–894. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872015000700010>
23. Molero, K. L., Urdaneta Machado, J. R., V, C., Baabel Zambrano, N., Contreras Benítez, A., Azuaje Quiroz, E., & Baabel Romero, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(4), 294–304. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262014000400008>
24. Nicolet, L., Moayedoddin, A., Miafo, J. D., Nzebou, D., Stoll, B., & Jeannot, E. (2021). Teenage Mothers in Yaoundé, Cameroon—Risk Factors and Prevalence of Perinatal Depression Symptoms. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4164), 1–12. <https://doi.org/10.3390/jcm10184164>
25. Niyonsenga, J., & Mutabaruka, J. (2020). Factors of postpartum depression among teen mothers in Rwanda: a cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 42(4), 356–360. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1735340>
26. Nunes, A. P., & Phipps, M. G. (2012). Postpartum Depression in Adolescent and Adult Mothers: Comparing Prenatal Risk Factors and Predictive Models. *Maternal and Child Health Journal*, 17(6), 1071–1079. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1089-5>
27. Oko-Ose, J. N., & Ehwarieme, T. A. (2016). Physiological Basis of Postpartum Depression. *Journal of Medical Science and Technology*, 5(1), 1–12. [https://www.researchgate.net/profile/Ehwarieme-Timothy/publication/301612510\\_Research\\_Reviews\\_Journal\\_of\\_Medical\\_Science\\_Technology\\_Physiological\\_Basis\\_of\\_Postpartum\\_Depression/links/571cee5508ae6eb94d0e4c94/Research-Reviews-Journal-of-Medical-Science-Technology-Physiological-Basis-of-Postpartum-Depression.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ehwarieme-Timothy/publication/301612510_Research_Reviews_Journal_of_Medical_Science_Technology_Physiological_Basis_of_Postpartum_Depression/links/571cee5508ae6eb94d0e4c94/Research-Reviews-Journal-of-Medical-Science-Technology-Physiological-Basis-of-Postpartum-Depression.pdf)
28. Olajubu, A., Omoloye, G., Olajubu, T., & Olowokere, A. (2021). Stress and resilience among pregnant teenagers in Ile-Ife, Nigeria. *European Journal of Midwifery*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.18332/ejm/134181>
29. Organización Mundial de la Salud. (2021, 13 septiembre). *Depresión*. Recuperado 10 de mayo de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

30. Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. P. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
31. Rahmadhani, W., & Laohasiriwong, W. (2020). Gender of baby and postpartum depression among adolescent mothers in central Java, Indonesia. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 13(1), 43–49. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/gender-baby-postpartum-depression-among/docview/2443869741/se-2>
32. Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2018). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 22(2), 215–228. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0901-7>
33. Skowron, A., Clark, C. T., Sadovsky, N., & Wisner, K. L. (2013). Giving voice to adolescent mothers' challenges. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 03(09), 27–34. <https://doi.org/10.4236/ojog.2013.39a004>
34. Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 1–55. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
35. Souza, K. J. D., Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista de Saúde Pública*, 51(69), 1–11. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006549>
36. Topatan, S., & Demirci, N. (2019). Frequency of Depression and Risk Factors among Adolescent Mothers in Turkey within the First Year of the Postnatal Period. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5), 514–519. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.03.009>
37. Venkatesh, K. K., Phipps, M. G., Triche, E. W., & Zlotnick, C. (2013). The Relationship Between Parental Stress and Postpartum Depression Among Adolescent Mothers Enrolled in a Randomized Controlled Prevention Trial. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6), 1532–1539. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1394-7>

38. Venkatesh, K. K., Zlotnick, C., Triche, E. W., Ware, C., & Phipps, M. G. (2014). Accuracy of Brief Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Adolescent Mothers. *Pediatrics*, *133*(1), e45-e53. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1628>
39. Villalba Baena, I. (2018). *Insatisfacción corporal durante el embarazo y el puerperio* [TFM, Universidad de Jaén]. [https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/14065/1/TFM%20 Inma Villalba.pdf](https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/14065/1/TFM%20Inma_Villalba.pdf)

## 7. Annexes

**Figura 1: Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg**



## Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

|    |   |  |
|----|---|--|
| 1  | He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas.             | <input type="radio"/> a) Tanto como siempre<br><input type="radio"/> b) No tanto ahora<br><input type="radio"/> c) Mucho menos ahora<br><input type="radio"/> d) No, nada  |
| 2  | He disfrutado mirar hacia delante   | <input type="radio"/> a) Tanto como siempre<br><input type="radio"/> b) Menos que antes<br><input type="radio"/> c) Muchos menos que antes<br><input type="radio"/> d) Casi nada   |
| 3  | Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente | <input type="radio"/> a) No, nunca<br><input type="radio"/> b) No, con mucha frecuencia<br><input type="radio"/> c) Sí, a veces<br><input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo  |
| 4  | He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo                            | <input type="radio"/> a) No, nunca<br><input type="radio"/> b) Casi nunca<br><input type="radio"/> c) Sí, a veces<br><input type="radio"/> d) Sí, con mucha frecuencia   |
| 5  | He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo                  | <input type="radio"/> a) No, nunca<br><input type="radio"/> b) No, no mucho<br><input type="radio"/> c) Sí, a veces<br><input type="radio"/> d) Sí, bastante   |
| 6  | Las cosas me han estado abrumando   | <input type="radio"/> a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre<br><input type="radio"/> b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien<br><input type="radio"/> c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre<br><input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto |
| 7  | Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir       | <input type="radio"/> a) No, nunca<br><input type="radio"/> b) No, con mucha frecuencia<br><input type="radio"/> c) Sí, a veces<br><input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo  |
| 8  | Me he sentido triste o desgraciada  | <input type="radio"/> a) No, nunca<br><input type="radio"/> b) No, con mucha frecuencia<br><input type="radio"/> c) Sí, a veces<br><input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo  |
| 9  | Me he sentido tan desdichada que he estado llorando                       | <input type="radio"/> a) No, nunca<br><input type="radio"/> b) Sólo ocasionalmente<br><input type="radio"/> c) Sí, bastante a menudo<br><input type="radio"/> d) Sí, la mayor parte del tiempo   |
| 10 | Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño                                 | <input type="radio"/> a) Nunca<br><input type="radio"/> b) Casi nunca<br><input type="radio"/> c) A veces<br><input type="radio"/> d) Sí, bastante a menudo  |

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:

- a) = 0 puntos
- b) = 1 punto
- c) = 2 puntos
- d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.

### Interpretación Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

#### Durante el embarazo

Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.

#### En el posparto

Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.

Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional dentro de 24 horas.