



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Relación entre la depresión postparto y la mala calidad del sueño durante el embarazo y el postparto.

(Relación entre la depresión postparto y la mala calidad del sueño durante el embarazo y el postparto).

Alumna: Bermúdez Serrano, Mercedes María

Tutor: Prof. Sergio Vázquez Martínez

Dpto: Enfermería

ÍNDICE

1. Resumen y Palabras Clave	3
2. Introducción y Justificación.....	4
3. Marco teórico.....	5
3.1. Epidemiología de la depresión postparto	5
3.2. Etiología de la depresión postparto (FR).....	5
3.3. Tipos de trastornos del estado de ánimo en la mujer durante el postparto	6
3.4. Fases del sueño.....	7
3.5. Aspectos del sueño a valorar (según el PSQI).....	8
3.6. Epidemiología y Etiología de los trastornos del sueño	8
5. Objetivos	9
6. Metodología.....	10
6.1. Estrategia de búsqueda	10
6.2. Criterios de inclusión y exclusión	10
6.3. Diagrama de flujo	11
6.4. Tabla de búsqueda	12
7. Resultados	12
8. Conclusión.....	31
9. Bibliografía	32
10. Anexos	34

1. Resumen y Palabras Clave

-La depresión postparto es un trastorno del estado de ánimo que presenta una alta prevalencia en la sociedad. Durante embarazo y el postparto la mujer sufre numerosos cambios físicos, psicológicos y hormonales que aumentan el riesgo de sufrir depresión y trastornos del sueño. Estudios recientes han tratado de dilucidar la relación entre la depresión postparto y la mala calidad del sueño durante el embarazo o el postparto. Este estudio tuvo como objetivo principal investigar sobre dicha asociación. Tras llevarse a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos se evidenció que la mala calidad del sueño y la depresión postparto presentan una fuerte asociación, al igual que otros factores de riesgo como el ser primípara, ser madre joven o tener antecedentes de depresión. Al comparar los diferentes estudios se valoró la relación existente entre el sueño de baja calidad y la depresión postparto en diferentes etapas de la vida de la mujer y usando diferentes instrumentos de medición. Evidenciándose que la mala calidad del sueño subjetiva es mayor predictor de la DPP que la objetiva y que esta podía ser un predictor de la DPP tanto si tiene lugar durante el tercer trimestre del embarazo como si es durante el postparto. Por último, tras ser valorados los resultados se concluyó la importancia de llevar a cabo intervenciones de prevención para los trastornos del sueño en mujeres embarazadas o en la etapa postparto.

- Depresión postparto, sueño, trastornos del sueño, embarazo, postparto.

-Postpartum depression is a mood disorder that is highly prevalent in society. During pregnancy and postpartum, women undergo numerous physical, psychological and hormonal changes that increase the risk of depression and sleep disorders. Recent studies have tried to analyse the relationship between postpartum depression and poor sleep quality during pregnancy or postpartum. The main objective of this study was to investigate this association. After carrying out a bibliographic review in the main databases, it was shown that poor sleep quality and postpartum depression present a strong association, as do other risk factors such as being a primiparous, being a young mother or having a history of depression. By comparing the different studies, the relationship between poor quality sleep and postpartum depression was assessed at different stages of a

woman's life and using different measurement instruments. Showing that subjective poor sleep quality is a greater predictor of PPD than objective sleep quality and that this could be a predictor of PPD whether it occurs during the third trimester of pregnancy or during the postpartum period. Finally, after evaluating the results, the importance of carrying out a prevention intervention for sleep disorders in pregnant women or in the postpartum stage was concluded.

- Postpartum depression, sleep, sleep disorders, pregnancy, postpartum

2. Introducción y Justificación

La depresión postparto (DPP) es un problema de salud pública de carácter mundial, con una alta prevalencia tanto en la aparición de algunos síntomas depresivos (depresión menor) como en la depresión mayor (1).

La depresión postparto puede ocasionar numerosos problemas a la madre y al bebé (como dificultad para cuidar al recién nacido, mayor retención de peso de la madre o problemas de conducta a largo plazo para el niño, entre otros). Todo ello deriva en estadísticas preocupantes al respecto, ya que entre un 13-19% de las madres pueden sufrir depresión postparto (2). Cabe destacar que, aunque hay un alto porcentaje de mujeres que presentan síntomas depresivos, no todas ellas cumplen los criterios necesarios para ser diagnosticada de depresión. Estas mujeres tienen un gran riesgo de ser diagnosticadas de depresión en los próximos meses, por ello es importante que permanezcan en seguimiento (2). Junto con la depresión, en la etapa posparto se pueden dar otros trastornos del estado de ánimo. Las mujeres pueden sufrir tristeza puerperal en los primeros días tras el embarazo, patología leve al contrario de la psicosis postparto (3-5).

La depresión postparto tiene numerosos factores de riesgo a nivel sociodemográfico, psicológico y obstétrico (6), encontrándose entre ellos la mala calidad del sueño. Ésta es un factor de riesgo para la depresión, y a la vez uno de sus criterios de diagnóstico según el DSM-5. La depresión y la mala calidad del sueño se hallan asociadas a través de una relación bidireccional (7).

Tener un buen periodo de descanso, manteniendo correctamente el ciclo de sueño-vigilia es crucial, lo que se ve alterado en muchas ocasiones durante el

embarazo y el postparto. La falta de sueño puede provocar agotamiento, impaciencia, menor concentración y mala calidad de vida, lo que puede contribuir a un mayor riesgo de sufrir DPP (2).

Es importante que las madres con riesgo de sufrir DPP se identifiquen temprano para proporcionarles los recursos clínicos apropiados (1). Valorar la mala calidad del sueño en estas mujeres puede ayudar a hacer un diagnóstico precoz para intentar evitar el mayor número de consecuencias negativas.

3. Marco teórico

3.1. Epidemiología de la depresión postparto

La depresión es una de las principales causas de morbilidad entre las mujeres, cuya prevalencia duplica la de los hombres. La prevalencia de la depresión postparto ha aumentado tanto en países desarrollados como subdesarrollados, variando de un 8,9% a un 13% según el país en cuestión (6). Aunque en algunas poblaciones alcanza cifras más elevadas, como en el caso de Irán, donde oscila desde un 15,5 % hasta un 37,7% (7), o en EEUU, donde las tasas pueden variar desde el 13,8 % al 19,8% (8). En el caso particular de España alcanza la cifra del 10,15%, siendo el porcentaje de mujeres con “depresión mayor” de un 3,6% y el de “depresión menor” de un 6,5% (9).

El riesgo de sufrir depresión durante las cinco primeras semanas del periodo posparto es tres veces mayor que en otras etapas de la vida de la mujer (7). Además de la alta prevalencia de la depresión postparto hay una cuarta parte de las madres que presentan síntomas depresivos postparto, pero no cumplen todos los criterios para ser diagnosticadas. Aunque también podrían sufrir consecuencias negativas por ello (2).

3.2. Etiología de la depresión postparto (FR)

Los factores de riesgo de la depresión postparto se pueden agrupar en varios grupos (6):

1. Factores sociodemográficos: la edad temprana, no tener pareja, bajo nivel de estudios y la pertenencia a ciertas etnias son algunos de los principales factores sociodemográficos (6).

2. Factores psicosociales: la ansiedad, el sueño deficiente, el embarazo no deseado, antecedentes de depresión y la experiencia de abuso durante el embarazo, son algunos de los factores psicosociales que pueden aumentar el riesgo de sufrir DPP (6).
3. Factores obstétricos y perinatales: entre los principales factores relacionados con la de DPP se encuentran tener descendencia con algún tipo de anomalía y la multiparidad (6).

Algunos estudios también incluyen como factores de riesgo para la DPP, el parto asistido por instrumentos o cesárea, el estrés percibido, presentar alguna enfermedad como la HTA o la diabetes gestacional o el ser primípara entre otros (1,10).

3.3. Tipos de trastornos del estado de ánimo en la mujer durante el postparto

- Psicosis postparto: es el tipo más grave y menos común que según las estadísticas pueden llegar a padecer 1 de cada 1000 mujeres. El riesgo de sufrir uno de estos episodios aumenta en mujeres con problemas mentales anteriores al embarazo. Las que sufren psicosis postparto pueden tener alucinaciones y pensamientos tendentes al suicidio o al infanticidio, por lo que es importante la rápida detección precoz de los síntomas para una rápida instauración del tratamiento apropiado (3,4).
- Depresión posparto: el DSM-5 la define como *“un episodio depresivo con severidad moderada a severa que comienza cuatro semanas tras el parto”*. Algunas de sus manifestaciones pueden ser insomnio, cambios de humor, pérdida de interés por diferentes actividades, extremada preocupación por él bebe, miedo de hacerle daño y pensamientos recurrentes de muerte (3,4).
- Tristeza postparto: es muy común, teniendo lugar aproximadamente en el 50% de las mujeres dentro de las primeras semanas tras el parto. Para que cumplan el criterio de tristeza posparto y no el de depresión, los primeros síntomas deben aparecer en los días siguientes al alumbramiento y finalizar antes de las dos semanas. Dicha patología

curso con irritabilidad, insomnio, llanto, tristeza y ansiedad entre otros. No tiene un tratamiento específico necesario (3–5).

- Depresión menor: la padecen las personas que presentan una puntuación en la Escala de depresión postparto de Edimburgo (escala de autoinforme) entre 10-11, no llegando a superar la puntuación de 12, a partir de la cual se considerarían personas deprimidas. Estas presentarían algunos síntomas depresivos, siendo población de riesgo para padecer una depresión mayor en un futuro (9).

3.4. Fases del sueño

A lo largo del día las personas pasan por dos periodos como son el periodo de vigilia, que tiene lugar mientras están despiertas, y el de sueño (11).

El del sueño consta de dos fases (REM y No REM que a su vez está dividida en cuatro subfases) que se van sucediendo una a la otra periódicamente. Repitiéndose cada fase de cuatro a seis veces por periodo total de sueño (11). Dichas fases serían:

-Fase REM: se caracteriza por movimiento oculars rápidos, aumento de la TA, pérdida del tono muscular, aumento de las secreciones gástricas y frecuencias tanto respiratorias como cardíacas fluctuantes. Se inicia aproximadamente a los 90 minutos tras la conciliación del sueño. A lo largo de las diferentes sucesiones de ciclos durante el sueño esta fase aumenta su duración (11,12).

-Fase No REM: se caracteriza por la falta de movimientos oculars rápidos. Se subdivide en cuatro etapas (11,12):

- Fase 1 o de somnolencia: su duración es corta (aproximadamente un 5% del sueño total). Se caracteriza por presentar el grado de sueño más ligero y el inicio de la disminución de la actividad fisiológica. La persona que se halla inmersa en esta fase se despierta fácilmente ante estímulos externos y tiene la sensación de haber estado soñando despierto (11,12).
- Fase 2 o de sueño ligero: su duración oscila entre 10 y 20 minutos siendo en su caso el sueño más profundo que en fases anteriores. Las funciones corporales continúan disminuyendo (11,12).

- Fase 3 o de sueño lento profundo: la duración de esta fase oscila entre 15 y 30 minutos. Es la etapa inicial al sueño profundo, encontrándose los músculos totalmente relajados y las constantes más bajas. Durante ese estado es difícil despertar a la persona (11,12).
- Fase 4 o de sueño lento profundo: comprende entre 15 y 30 minutos, siendo la etapa del sueño más profunda. En esta etapa es muy difícil despertar (11,12).

3.5. Aspectos del sueño a valorar (según el PSQI)

El Índice del sueño de Pittsburgh es un cuestionario auto administrado que mide la calidad subjetiva del sueño durante el mes anterior. Consta de 18 o 19 ítems, que se agrupan en siete subescalas, valorando cada una un aspecto del sueño:

- Calidad del sueño: autoevaluación subjetiva de la calidad del sueño.
- Duración del sueño: cantidad de sueño por la noche.
- Disfunción diurna: problemas para permanecer despierto durante el día.
- Uso de medicamentos para dormir.
- Latencia del sueño: cuánto tarda la persona en conciliar el sueño nocturno.
- Trastornos del sueño: número de despertares nocturnos.
- Eficiencia del sueño: porcentaje de tiempo dormido en la cama.

Cada una de estas subescalas puede tener una puntuación de 0 a 3, pudiendo ser la puntuación global de 0 a 21. La mayoría de los estudios toman como corte una puntuación de 5 global para indicar una mala calidad del sueño (1, 2, 7,13, 14).

3.6. Epidemiología y Etiología de los trastornos del sueño

Aproximadamente el 10-15% de la población cumple los criterios del trastorno del insomnio (15).

Gran parte de la vida de las personas transcurre mientras duermen, por ello tener un buen periodo de descanso y sueño es vital en el día a día. A pesar de esto, más de la mitad de la población sufre trastornos del sueño a lo largo de su vida (11). Las mujeres experimentan el sueño de manera diferente a los hombres, siendo la probabilidad de sufrir insomnio en las mujeres de 1,4 a 1,6 veces más alta que en los hombres (16).

Respecto a la etiología el aumento de los trastornos del sueño en estas etapas se debe, en el caso del embarazo, a los numerosos cambios anatómicos, psicológicos y hormonales propios de este periodo; y en el caso del postparto a los efectos físicos, fisiológicos y psicológicos que afectan al sueño de la mujer tras el parto. A todo ello hay que sumarle el cuidado de un recién nacido y la lactancia materna (7,17).

5. Objetivos

- Objetivo general:
 - Investigar sobre la relación que hay entre una mala calidad del sueño durante el embarazo o el postparto y la depresión postparto
- Objetivos específicos:
 - Conocer qué factores disminuyen la calidad del sueño durante el embarazo y el postparto.
 - Describir qué es la depresión postparto y clasificarla entre otros tipos de depresiones.
 - Diferenciar los tipos de tristeza fisiológicos de los patológicos (depresión).

6. Metodología

6.1. Estrategia de búsqueda

Realización de un vaciado bibliográfico a través de las diferentes bases de datos (Pubmed, Cuiden, Cochrane, Cinahl) y la Biblioteca de la Universidad de Jaén. La búsqueda se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2021 y marzo de 2022. Los conceptos principales en los que se centró la búsqueda fueron la depresión en la etapa del postparto y el sueño, y más concretamente r en la mala calidad del sueño durante el embarazo o el postparto. La población diana se dividió en:

- Población femenina embarazada.
- Población femenina en la etapa postparto.

Los términos que se utilizaron para realizar la búsqueda, tanto en inglés como en español fueron [depresión postparto] o [postpartum depression] y [sueño] o [sleep] también se usaron otros términos para ampliar la búsqueda como [tristeza puerperal] o [baby blues].

- **depression:** "depressed"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms] OR "depression"[All Fields] OR "depressions"[All Fields] OR "depression's"[All Fields] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depressivity"[All Fields] OR "depressive"[All Fields] OR "depressively"[All Fields] OR "depressiveness"[All Fields] OR "depressives"[All Fields]
- **postpartum:** "postpartum period"[MeSH Terms] OR ("postpartum"[All Fields] AND "period"[All Fields]) OR "postpartum period"[All Fields] OR "postpartum"[All Fields]
- **sleep:** "sleep"[MeSH Terms] OR "sleep"[All Fields] OR "sleeping"[All Fields] OR "sleeps"[All Fields] OR "sleep's"[All Fields]

6.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

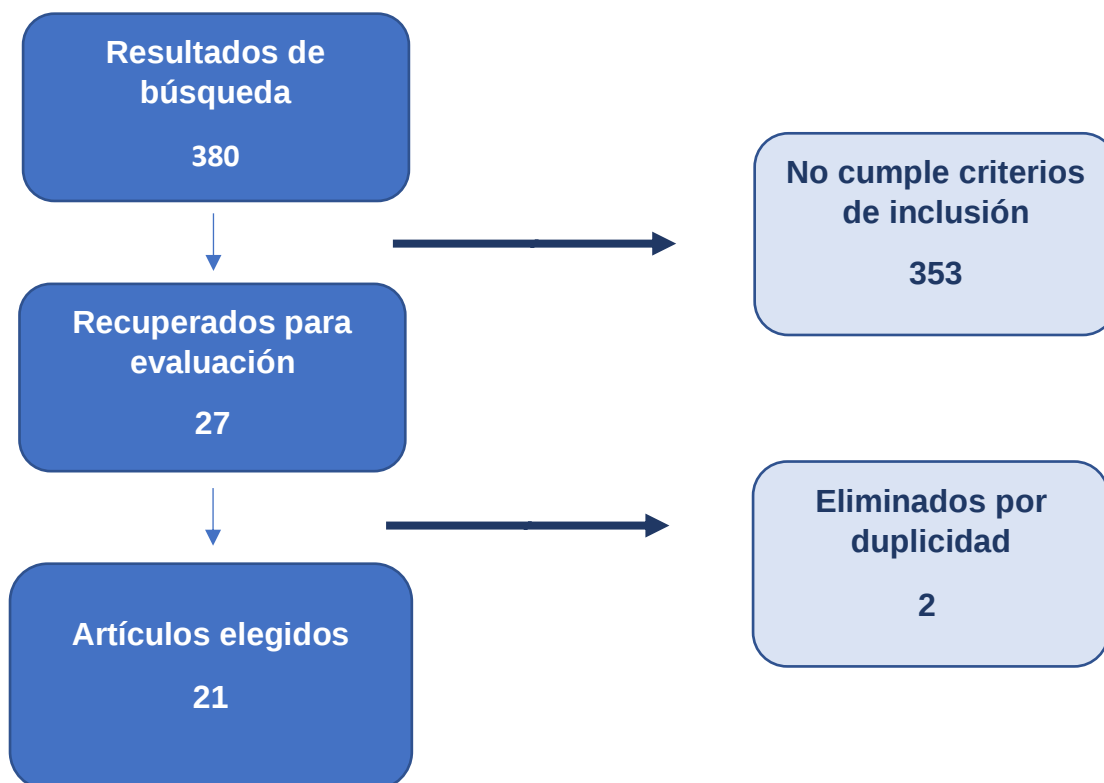
- Estudios realizados en los últimos 10 años.

- Población diana: Mujeres en la etapa perinatal o postparto que sean primíparas y multíparas.
- Documentos a texto completo gratuito.
- Idioma: inglés, español o portugués.
- Estudios centrados en unas culturas similares a la española.
- Todo tipo de estudios.

Criterios de exclusión

- Estudios de hace más de 10 años.
- Documentos sin acceso a texto completo gratuito.
- Mujeres en la primera etapa del parto.
- Estudios en un idioma que no sea inglés, español o portugués.
- Mujeres con trastornos del sueño previos al embarazo.
- Mujeres con algún trastorno psiquiátrico.
- Mujeres con depresión en el momento del estudio.

6.3. Diagrama de flujo



6.4. Tabla de búsqueda

Bases de datos Palabras Clave	Biblioteca Cochrane	PubMed	Cuiden Plus	Biblioteca Ujaen	Cinahl
Depression and Postpartum	1	3561	1	-	-
Depression and Postpartum and Sleep	257	220	1	-	-
Baby Blues	-	24	2	-	-
Postpartum and Sleep	-	410	6	-	-
Postpartum Depression	2180	3298	75	1	-
Postpartum depression and sleep	257	-	1	1	54
Artículos seleccionados	0	22	0	2	3

7. Resultados

Estudio 1 (7).

Nombre del Artículo	Association between sleep quality and postpartum depression.
Autores. Revista. Año publicación.	Sohrab Iranpour, Gholam Reza Kheirabadi, Ahmad Esmailzadeh, Motahar HeidareyBeni y Mohammad Reza Maracy. Journal of Research in Medical Sciences. Año 2016.
Tipo de estudio	Estudio transversal.
Muestra	La muestra del este estudio consto de 360 mujeres que habían dado a luz en los últimos 3 meses las cuales asistían a 30 centro médicos en Ardabil.
Objetivos	El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre la Depresión Postparto y la calidad del sueño (durante el embarazo).
Criterios de inclusión y exclusión	Criterio de exclusión: tener antecedentes de depresión o algún trastorno psiquiátrico.

Instrumentos de estudio y valoración de variables	Para valorar la calidad del sueño se utilizó el Índice estándar de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI), para valorar la depresión el cuestionario de Depresión postnatal de Edimburgo (EPSD) y por último el Cuestionario de frecuencia de alimentos (FFQ) para calcular la ingesta de energía.
Resultados	• De 359 participantes que completaron el EPSD, 125 sujetos tenían una puntuación de 13 o más (deprimidos). • Asociación significativa entre la depresión postparto y la latencia de inicio del sueño. • Asociación significativa entre la depresión postparto y la calidad del sueño. • Asociación significativa entre la depresión postparto y los trastornos del sueño. • Asociación significativa entre la depresión postparto y el uso de somníferos. • Asociación significativa entre la depresión postparto y la disfunción diurna. • No hubo asociaciones significativas entre la depresión postparto y la eficiencia y duración del sueño. • De 353 que rellenaron el PSQI, 187 puntuaron más de 5 (mala calidad del sueño). • Asociación significativa entre la depresión postparto y la mala calidad del sueño (controlando covariables como edad, actividad física, IMC ,educación). • La probabilidad de que las mujeres que sufren baja calidad del sueño tengan depresión es tres veces mayor que en las que no padecen.
Conclusiones	• Existe una relación bidireccional entre la calidad del sueño y la depresión postparto. Esto podría estar relacionado con mecanismos psiconeuroinmunológicos y psiconeuroendocrinológicos. • La mala calidad del sueño entre la semana 28 y 38 del embarazo se asoció con la depresión postparto.

Estudio 2 (2).

Nombre del Artículo	The effect of sleep pattern changes on postpartum depressive.
Autores. Revista. Año publicación.	Lewis Beth A, Dwenda Gjerdingen, Schuver, Katie, Avery Melissa y Bess H. Marcus. BMC Women's Health. Año 2018.
Tipo de estudio	Ensayo aleatorizado.
Muestra	La muestra consto de 122 mujeres sanas en un promedio de 6 semanas tras el parto en la primera evaluación. Los participantes eran del medio oeste superior de EEUU. La mayoría estaban casadas, eran caucásicas, tenían educación universitaria, eran multíparas y tenían buenos ingresos.
Objetivos	El objetivo del estudio fue abordar las limitaciones de estudios previos: 1. Evaluar las asociaciones entre los cambios en los problemas del sueño postparto y los síntomas depresivos postparto. 2. Evaluar qué tipo de problemas del sueño están relacionados con los síntomas depresivos postparto. 3. Examinar una muestra que tenía mayor riesgo de depresión postparto (antecedentes de depresión postparto).
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de exclusión: Menores de 18 años, hacer ejercicio, participar en otro estudio, no hablar inglés, que otra persona del hogar participe en el estudio, hospitalización relacionada con psiquiatría en los últimos 6 meses, HTA o DM, episodio depresivo actual, problemas musculoesqueléticos. • Criterios de inclusión: antecedentes de depresión o su madre tenía antecedentes de depresión.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	El Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) se usó para valorar la calidad del sueño y El Cuestionario de salud del Paciente-9 (PHQ-9) para valorar la depresión postparto. (Ambos se midieron a las 6 semanas y 7 meses postparto) (Valoraciones subjetivas).
Resultados	• Puntuaciones medias en el PHQ-9 fueron de 5,98 a las 6 semanas y de 4,17 a los 7 meses tras el parto. Por lo que disminuyeron considerablemente.

	• Las puntuaciones del PSQI disminuyeron de la 6 semana a los 7 meses postparto. Esto indico que el sueño mejora con el tiempo. • Tras controlar los síntomas depresivos a las 6 semanas postparto, la lactancia materna al nacer y la asignación de condiciones. Puntuaciones más altas en el PSQI (entre la 6 semana y los 7 meses postparto) indicaron mayores síntomas depresivos a los 7 meses postparto. • Mayor aumento de la puntuación de las subescalas de disfunción diurna y latencia del sueño (entre las 6 semanas y 7 meses postparto) predijeron síntomas depresivos más altos a los 7 meses postparto. • Cambios en la duración del sueño, alteración del sueño, eficiencia del sueño y necesidad de medicación para dormir (entre las 6 semanas y 7 meses postparto) no predijeron síntomas depresivos a los 7 meses postparto.
Conclusiones	• Los trastornos del sueño podrían provocar un aumento de los síntomas depresivos, pero esta relación también podría ocurrir al revés. • Es importante que los médicos controlen los problemas de sueño a largo plazo. Y tomen medidas de prevención. • Los participantes del estudio tuvieron puntajes más altos en la PSQI que los adultos normales.

Estudio 3 (8).

Nombre del Artículo	An analysis of whether sleep disorder will result in postpartum depression.
Autores. Revista. Año publicación.	Tu-Chen Chung, Chi-Hsiang Chung, Hsuan-Ju Peng, Chang-Huei Tsao, Wu-Chien Chien y Huey-Fang Sun. ----- Año 2018.
Tipo de estudio	Estudio de seguimiento.
Muestra	Los participantes de este estudio fueron 9838 mujeres embarazadas con trastornos del sueño, y 19676 mujeres embarazadas sin trastornos del sueño.
Objetivos	El objetivo del estudio fue valorar si los trastornos del sueño prenatales pueden aumentar el desarrollo de Depresión Postparto.

Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: Mujeres embarazadas de 18 a 50 años con trastorno del sueño. • Criterios de exclusión: Embarazadas antes del 2000, Depresión postparto o aborto antes del estudio, problemas mentales, radioterapia. Se incluyeron 19676 mujeres de 18 a 50 años sin trastornos del sueño como grupo de control.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	----- -----
Resultados	• El porcentaje de mujeres que desarrollaron DPP en el grupo de control fue del 0,05%. • El porcentaje de mujeres que desarrollaron DPP en el grupo de muestra fue de 0,20%. • Las posibilidades de desarrollar DPP en mujeres embarazadas de 20 años fue de 7,692 veces. • Las posibilidades de desarrollar DPP en mujeres embarazadas de 21-30 años fue de 3,231. Tras controlar otros factores la posibilidad de desarrollar DPP en mujeres con trastornos del sueño fue 8,596 veces mayor que en las que no sufrían trastornos del sueño. • Las posibilidades de desarrollar DPP en mujeres embarazadas de 31-34 años fue de 2,923. Tras controlar otros factores la posibilidad de desarrollar DPP en mujeres con trastornos del sueño fue 5,911 veces mayor que en las que no sufrían trastornos del sueño. • Las posibilidades de desarrollar DPP en mujeres embarazadas de 35-37 años fue de 2,538 veces. • Las posibilidades de desarrollar DPP en mujeres embarazadas de 38-40 años fue de 1,923. • La probabilidad de sufrir DPP fue 3,063 veces mayor en mujeres en su primer parto en comparación con mujeres que habían tenido más de un parto. Entre las mujeres en su primer parto el riesgo de desarrollar DPP aumento 10,98 veces entre las mujeres con trastornos del sueño frente a las que no padecen. • La probabilidad de sufrir DPP en mujeres con ansiedad fue 2,423 veces mayor. • La probabilidad de sufrir DPP en mujeres embarazadas con depresión fue 3,063 veces mayor.

	Los riesgos de sufrir DPP en mujeres con trastornos del sueño durante el embarazo aumentaron en 5,461 veces (6 semanas) 3,490 veces (6-12 semanas) y 3,416 veces (más 12 semanas) respecto a las mujeres que no sufren trastornos del sueño.
Conclusiones	- Los trastornos del sueño durante el embarazo son un factor de riesgo para la DPP. - Independientemente del tiempo postparto la probabilidad de sufrir DPP fue mayor en mujeres que sufren trastornos del sueño durante el embarazo. - Las mujeres embarazadas que presentan su primer parto tienen más probabilidad de sufrir DPP frente a las multíparas. - Las mujeres que presentan menor edad tienen más probabilidad de sufrir DPP. - La probabilidad de sufrir DPP aumento en mujeres con antecedentes de depresión.

Estudio 4 (10).

Nombre del Artículo	Poor Postpartum Sleep Quality Predicts Subsequent Postpartum Depressive Symptoms in a High-Risk Sample.
Autores. Revista. Año publicación.	Katherine M. McEvoy, Divya Rayapati, Katie O. Washington Cole, Courtney Erdly, Jennifer L. Payne y Lauren M. Osborne. Journal of Clinical Sleep Medicine. Año 2019.
Tipo de estudio	Análisis de datos secundario a un estudio prospectivo.
Muestra	La muestra constó de 51 mujeres que completaron el PSQI en el 3 trimestre y 45 mujeres que lo contestaron en el primer mes postparto. Cuarenta y dos mujeres contribuyeron datos de calidad en ambos puntos. La edad media fue de 31 años.
Objetivos	Los objetivos fueron analizar si la mala calidad del sueño al mes postparto es factor predictor de los síntomas depresivos a los 3 meses postparto y analizar si la falta de sueño en el 3 trimestre predice los síntomas depresivos al mes y a los 3 meses postparto, después de controlar los síntomas depresivos en el 3 trimestre.

Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: tomar antidepresivos durante el tiempo en el que informaron de la calidad del sueño, embarazo único. • Criterios de exclusión: experimentar abuso infantil, fumar.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	El Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) se usó para medir la calidad del sueño y el Inventario de sintomatología Depresiva-Autoinforme (IDS-SR) para medir la depresión
Resultados	• Cada aumento de una unidad en la puntuación global del PSQI al mes postparto se asoció con un aumento de 1,44 puntos en la puntuación IDS-SR a los 3 meses postparto. • Cada incremento de una unidad en las puntuaciones de las subescalas de PSQI al mes postparto se asociaron con puntajes del IDS-SR más altos en los 3 meses postparto (latencia del sueño, calidad subjetiva del sueño, eficiencia del sueño, uso de medicamentos y disfunción diurna). • No hubo asociaciones entre las puntuaciones del PSQI en el tercer trimestre y las puntuaciones IDS- SR al mes postparto.
Conclusiones	• La mala calidad del sueño en el postparto temprano predice el riesgo de sufrir síntomas depresivos postparto. • Los problemas como la latencia del sueño, calidad subjetiva del sueño, eficiencia del sueño, uso de medicamentos y disfunción diurna (1 mes tras el parto) predijeron síntomas depresivos a los 3 meses postparto. • No se encontró asociación entre la mala calidad del sueño en el tercer trimestre y los síntomas depresivos postparto. • Hay una asociación más fuerte entre los síntomas de depresión y la mala calidad del sueño medida por cuestionarios de auto informe como el PSQI, respecto a medidas objetivas como las actigrafías.

Estudio 5 (1).

Nombre del Artículo	Poor sleep quality of third trimester exacerbates the risk of experiencing postnatal depression.
Autores. Revista. Año publicación.	Haiyan Zhoua, Wei Lia y Yanbei Renb. Psychology, Health and Medicine. Año 2020.
Tipo de estudio	Estudio longitudinal prospectivo.

Muestra	228 mujeres en el tercer trimestre del embarazo en el momento del comienzo del estudio. La edad media fue de 32,96 años, la mayoría era multíparas, 56,2% habían completado educación universitaria, el 43,9 eran desempleadas.
Objetivos	El objetivo del estudio fue determinar si la calidad del sueño determinada subjetivamente en el tercer trimestre es un factor de riesgo para la DPP después de controlar la angustia psicológica prenatal o el estado de estrés.
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: edad mayor de 20 años, en el tercer trimestre de embarazo, capaz de leer chino. • Criterios de exclusión: personas con HTA, DM, trastornos y anomalías fetales, gestación múltiple, parto prematuro. Antecedentes psiquiátricos.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	Se utilizaron el Índice estándar de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) para medir el sueño, el cuestionario de Depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar la presencia de depresión, La escala de angustia psicológica de Kessler de 10 ítems (K10) y la escala de estrés percibido (PSS).
Resultados	• La puntuación media de la EPDS fue de 9,19, teniendo un 26,3 % puntuaciones superiores a 12. • La puntuación media del K10 fue de 18,74. • La puntuación media del PSS fue de 15,36. • La puntuación media de PSQI fue de 6,79. • El grupo que tuvo depresión fue mayor que el que no, además este grupo reportó más estrés. • Los participantes deprimidos tuvieron puntuaciones medias más altas en K10, PSS y PSQI. • El aumento de la puntuación total del PSQI se asoció con el riesgo de DPP. • La edad avanzada disminuyó la posibilidad de sufrir DPP. • Puntuaciones altas en K10 y PSS podrían aumentar la probabilidad de sufrir DPP.
Conclusiones	• La DPP se asoció significativamente con la edad y las experiencias miserables. • La mala calidad del sueño subjetiva durante el embarazo fue independiente de la angustia psicológica prenatal y el estrés. • El sueño interrumpido o deficiente durante el embarazo puede ser un factor de riesgo para la DPP. • La mala calidad del sueño podría estar asociada con la interrupción del ritmo biológico y la desregulación de la melatonina.

	• La mala calidad del sueño postparto se asoció con la gravedad y recurrencia de los síntomas de la DPP. • La mala calidad del sueño prenatal podría estar asociada con la mala calidad del sueño postnatal, lo que puede aumentar los síntomas de la DPP.
--	---

Estudio 6 (18).

Nombre del Artículo	The Mother–Offspring Conflict: The Association Between Maternal Sleep, Postpartum Depression, and Interbirth Interval Length.
Autores. Revista. Año publicación.	Annika Gunst, Elin Sjöström, My Sundén y Jan Antfolk. Evolutionary Psychology. Año 2021.
Tipo de estudio	-----
Muestra	Los participantes fueron 729 madres con edades entre los 22 y 60 años, siendo la edad media de 41,3 años.
Objetivos	El objetivo del estudio fue examinar si una mayor alteración del sueño está relacionada con IBI más largas y valorar si esta asociación esta medida por síntomas de DPP.
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: tener entre 18 y 60 años, tener al menos 2 hijos biológicos • Criterios de exclusión: ser madre de gemelos, tener menos de 2 hijos biológicos.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	Las escalas utilizadas fueron Insomnia Severity Index (ISI), la versión corta de las Escala de depresión de Edimburgo (EPDS) y por último para medir la frecuencia de despertar nocturno de los niños se usaron 3 preguntas que se clasificaron en una escala tipo Likert.
Resultados	• El despertar nocturno del lactante, la alteración del sueño de la madre y los síntomas de DPP tuvieron una correlación fuerte.
Conclusiones	• El despertar nocturno de los bebés se asoció con trastornos del sueño materno y los trastornos del sueño materno se relacionaron con síntomas de DPP.

Estudio 7 (17).

Nombre del Artículo	Association Between Objectively Assessed Sleep and Depressive Symptoms During Pregnancy and Post-partum.
Autores. Revista. Año publicación.	Tryfonas Pitsillos, Anna-Karin Wikström, Alkistis Skalkidou, Birgit Derntl, Manfred Hallschmid, Nicolas D. Lutz, Edith Ngai, Inger Sundström Poromaa y Anna Wikman. Frontiers in Global Women's Health. Año 2022.
Tipo de estudio	-----
Muestra	La muestra consto de 163 mujeres embarazadas. La edad media fue de 31,68 años, la mitad de las mujeres eran múltiparas. Más de un tercio tenían sobrepeso.
Objetivos	El objetivo fue ampliar el conocimiento sobre el sueño, problemas en el embarazo y su relación con el desarrollo posterior de DPP.
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: embarazo sin complicaciones, edad superior a los 18 años y capacidad para usar el reloj.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	Los datos objetivos del sueño se midieron a través de un acelerómetro activawatch 2 durante 7 días consecutivos, (se midieron sobre las 17 semanas de embarazo) los síntomas depresivos se midieron con la Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPSD), en la 17 semana gestacional, en el 3 trimestre y a las 6 semanas postparto.
Resultados	• El tiempo total de sueño oscilo entre las 3h y 9 h y la eficiencia del sueño fue del 83%. • Las puntuaciones medias de la EPSD fueron de 6,0 en la 17 semana del embarazo, 5,7 en la 32 semana del embarazo y 5,6 a las 6 semanas postparto. • La prevalencia de síntomas depresivos fue de 12,9% en la 17 semana de gestación, 8,6% en la 32 semana del embarazo y 9,2 % en la 6 semana postparto. • En la semana 17 del embarazo las mujeres con peor tiempo total de sueño informaron de síntomas depresivos más pronunciados. • En la semanas 17 del embarazo la eficiencia del sueño no estaba relacionada con síntomas de la DPP.

	• La edad avanzada se relacionó con menos síntomas de DPP y los problemas de salud en curso se asociaron con síntomas depresivos más graves. • Las mujeres con peor tiempo de sueño tenían tres veces más probabilidades de sufrir depresión en esa etapa. • En la semana treinta y dos del embarazo un menor tiempo total de sueño se relacionó con un aumento de los síntomas depresivos. • En la semana treinta y dos del embarazo la baja eficiencia del sueño no tuvo influencia en los síntomas depresivos. • Ninguna de las variables del sueño se asoció con síntomas de DPP en la semana sexta postparto.
Conclusiones	• Las mujeres con peor duración del sueño reportaron más probabilidades de sufrir síntomas depresivos en el embarazo (Tanto en el momento de la medición del sueño como en el 3 trimestre). • La mala eficiencia del sueño o la corta duración del sueño no se asoció con síntomas depresivos en el postparto.

Estudio 8 (19).

Nombre del Artículo	Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity.
Autores.	Parque Eliza M. ,Samantha Meltzer-Brody y Roberto Palo Dorado
Revista. Año publicación.	Archives of women's mental health. Año 2013.
Tipo de estudio	Estudios prospectivo y longitudinal.
Muestra	25 mujeres primíparas sanas, la mitad tenían antecedentes de depresión, en su segundo o tercer trimestre de gestación.
Objetivos	Los objetivos del estudio fueron comparar las evaluaciones subjetivas del sueño con medida objetiva del sueño medidas mediante actigrafía, evaluar la relación entre las evaluaciones subjetivas del sueño y los síntomas de DPP y evaluar la asociación entre el sueño perinatal según la actigrafía con los síntomas de DPP.
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de exclusión: tener un trastorno del sueño diagnosticado, enfermedad médica grave, tener menos de 18 años, tener antecedentes de un trastorno psiquiátrico no depresivo.
Instrumentos de estudio y	Para medir el sueño objetivamente se usaron actígrafos durante 1 semana del 3 trimestre del embarazo y luego durante las semanas 2, 6, 10 y 14 del postparto. Por cada noche

valoración de variables	de actigrafía los participantes completaron registros evaluando hora de despertarse y acostarse estimada, horas de siesta, minutos que pasaron despiertos por la noche y número de despertares estimado. Para medir la DPP se usó la Escala de depresión de Edimburgo (EPDS) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. También se completó la Escala general de trastornos del sueño (GSDS). Estos cuestionarios se rellenaron para cada semana de estudio.
Resultados	• Las mujeres con antecedentes de depresión no tenían más probabilidades de desarrollar síntomas depresivos postparto. • La puntuación media de la EPDS fue de 5,7 durante el embarazo aumentando a 6,4 en la semana 2 postparto y cayendo a 4,6 en la semana 6, 3,5 en la semana 10 y 3,6 durante la semana 14. • Los puntajes de eficiencia del sueño, fragmentación del sueño, WASO y GSDS variaron desde el tercer trimestre hasta la semana 10 postparto. • La mayoría de los participantes experimentaron deterioro significativo del mantenimiento del sueño medido por el porcentaje de sueño, la eficiencia del sueño y la fragmentación entre el periodo previo al parto y la segunda semana postparto, seguido de una mejora gradual en el transcurso de las siguientes semanas. • En la semana 14 el sueño mejoró según la actigrafía, siendo similar a lo observado en el 3 trimestre. • El porcentaje de sueño y la eficiencia del sueño se asociaron con las puntuaciones depresivas en el EPDS desde la 2 semana postparto a la 14 semana. Esta relación no existió durante el embarazo. • Todas las variables de la actigrafía excepto la duración del sueño estaban relacionadas. • La mayoría de las mujeres fueron “malas dormidas” según el GSDS en el tercer trimestre. • La calidad del sueño auto informada empeoró durante el postparto inmediato. • La tendencia de empeoro del sueño subjetivo después del parto con una mejora durante la 12 semana coincidió con lo medido por las actigrafías. • La calidad subjetiva del sueño fue un predictor más preciso de la EPDS que las actigrafías.
Conclusiones	• El sueño en el postparto es fragmentado e ineficiente, caracterizado por numerosos despertares. • La falta de sueño está relacionada con síntomas de DPP durante el postparto temprano.

	• La percepción subjetiva del sueño puede ser un predictor más fuerte de los síntomas de depresión postparto que la actigrafía. • La reducción del mantenimiento del sueño, a diferencia de la cantidad del sueño es más importante para el desarrollo de trastornos del ánimo • Las mujeres con antecedentes de depresión no tienen más probabilidades de sufrir DPP. • La falta de sueño predice mejor la tristeza postparto o una forma más leve de depresión que una depresión mayor.
--	--

Estudio 9 (13).

Nombre del Artículo	Sleep and depression in postpartum women.
Autores. Revista. Año publicación.	Signe Karen Dørheim, Gunnar Tschudi Bondevik ,Malin Eberhard-Gran y Bjørn Bjorvatn. -----
Tipo de estudio	Estudio transversal.
Muestra	La muestras consto de 2830 mujeres en la semana 7 postparto que dieron a luz en el Hospital Universitario de Stavanger, con una edad media de 30 años (aunque respondieron a los cuestionarios en diferentes etapas del posparto).
Objetivos	El objetivo de este estudio fue Estimar la prevalencia y los factores de riesgo del mal sueño materno y la depresión simultáneamente en mujeres postparto de una gran población no seleccionada.
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de exclusión: mujeres con hijos muertos al nacer o en postparto temprano
Instrumentos de estudio y valoración de variables	Se usaron la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo(EPSD) y el Índice de calidad del sueño de Pittsburgh(PSQI).
Resultados	• La puntuación media del PSQI fue de 6,3, puntuando un 57,7% por encima de 5 (mala calidad de sueño). • Hubo una disminución del PSQI en las mujeres que respondieron entre la semana 11 y 19 del postparto, debido a una mejora de la eficiencia del sueño.

	• La puntuación media del EPDS fue de 5,3 siendo la prevalencia de DPP del 16,5 %. • La DPP siguió teniendo asociación con la mala calidad del sueño tras compararse con otros factores de riesgo como mala relación de pareja, antecedentes de depresión o eventos estresantes de la vida. • Las subpuntuaciones del PSQI que se asociaron con puntuaciones depresivas más altas fueron, la función diurna, los trastornos del sueño, la calidad subjetiva del sueño y la latencia de inicio del sueño. • Tras eliminar la pregunta del EPDS relacionada con el sueño y la subpuntuación del PSQI función diurna siguió habiendo asociación entre la DPP y el sueño.
Conclusiones	• Tras dos meses después del parto un 60 % de las mujeres tienen una mala calidad del sueño y un 16,5% tiene síntomas depresivos. • La DPP se relacionó con los trastornos del sueño y la mala calidad subjetiva del sueño independientemente de otros factores de riesgo para la DPP. • Hubo una mejora en las puntuaciones del PSQI al aumento de la edad del bebé debido a la mejora de la eficiencia del sueño en la semana 11 postparto. • Tanto las mujeres postparto deprimidas como las que no, reportaron una peor calidad del sueño que la población normal. • La depresión se asoció con una mala calidad del sueño. • No estuvieron asociados con la depresión la duración y la eficiencia del sueño, pero sí estuvieron asociados los informes subjetivos de calidad del sueño y las alteraciones del sueño. • Las subpuntuaciones más relacionadas con la DPP tres semanas después del parto fueron los trastornos del sueño y la disfunción diurna. • La relación entre la cantidad del sueño y la percepción del sueño puede cambiar entre sujetos deprimidos y no deprimidos. • Las madres primerizas presentan un mayor cambio en el patrón del sueño del periodo postparto. • La calidad del sueño fue mejor en las madres que amamantaron. • Se registró una peor calidad del sueño en las madres que compartían cama con el bebé.

Estudio 10 (14).

Nombre del Artículo	Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women.
Autores. Revista. Año publicación.	Michele L. Okun, Roberta A. Mancuso, Calvin J. Hobel, Christine Dunkel Schetter y Mary Coussons. Journal of behavioral medicine. Año 2018.
Tipo de estudio	Estudio longitudinal.
Muestra	116 mujeres embarazadas mayores de 18 años en la semana 18 de gestación.
Objetivos	El objetivo del estudio fue analizar la relación entre la mala calidad del sueño y los síntomas depresivos y ansiosos a los 6 meses postparto.
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: primíparas y multíparas, embarazos únicos • Criterios de exclusión: VIH positivo, ser fumador, embarazo de gestación múltiple, abuso de sustancias.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	Se usaron la Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS), La escala de gravedad y deterioro de la ansiedad general (OASIS), El cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y el Índice del sueño de Pittsburgh (PSQI).
Resultados	• Los puntajes de las escalas OASIS, PHQ9 Y EPDS fueron mayores entre la muestra de personas que duermen mal, frente a las que duermen bien. • Los puntajes del PHQ9 entre los mal dormidos sugieren una depresión leve.
Conclusiones	• La mala calidad del sueño durante el embarazo está asociada con más síntomas depresivos y ansiosos a los 6 meses postparto

Estudio 11 (20).

Nombre del Artículo	Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding.
Autores. Revista. Año publicación.	Ai Kawashima, Nozomi Detsuka y Rika Yano. Journal of Rural Medicine. Año 2022.

Tipo de estudio	Estudio descriptivo y prospectivo
Muestra	La muestra consto de 42 mujeres primíparas con una edad media de 29,5 años.
Objetivos	El objetivo del estudio fue analizar la fatiga y las características objetivas del sueño en el postparto temprano de mujeres primíparas que tienen la intención de establecer la lactancia materna. Otro de los objetivos fue evaluar la relación entre estos factores y la DPP
Criterios de inclusión y exclusión	• Criterios de inclusión: parto vaginal, estancia de la madre y el bebe en el hospital continua tras el parto, parto sin epidural. • Criterios de exclusión: menores de 20 años, antecedentes de enfermedades mentales, parto sin complicaciones.
Instrumentos de estudio y valoración de variables	El instrumento usado para medir el sueño de manera objetiva fueron las actigrafías de muñeca (desde el primer al quinto día postparto). Para evaluar la fatiga postparto se usó la Escala de fatiga postparto (PFS) (en el 1, 3 y quinto días postparto y al mes). La depresión se evaluó con la Escala de depresión postparto de Edimburgo versión japonesa (EPDS) (durante el 1, 3, 5 días postparto y al mes). La lactancia se evaluó preguntando a las madres por la frecuencia y el tiempo total de amamantamiento.
Resultados	• El día del alta había un 67,6 % de madres lactantes exclusivas y un 33,4% eran lactantes parciales. Tras un mes postparto el 55,9% de las madres solo amamantaban, el 41,2% combinaban con el biberón y un 2,9% alimentaba exclusivamente con biberón. • La frecuencia media de amamantamiento por 24 horas fue de 12,7 veces y el tiempo de lactancia medio fue de 247,4 minutos. • El valor medio de sueño evaluado por las actigrafías fue de 252 min en 24 horas. • El valor medio del episodio de sueño más largo fue de 84,3 min. • Las puntuaciones globales de la PFS fueron más altas en el 3 día postparto. • Las puntuaciones de las subescalas estrés físico y dificultades para cuidar al bebe se redujeron gradualmente durante el primer mes postparto. Sin embargo las subescalas privación del sueño y estrés mental no tuvieron muchos cambios en sus puntuaciones durante el primer mes postparto. • La subescala dificultades para cuidar al bebe presento una correlación negativa con el tiempo total de sueño y la frecuencia de sueño. • El 8, 8 % obtuvieron 9 o más puntos (síntomas depresivos) en el primer día postparto, esta puntuación se repitió en el 17,6 % en el quinto día y un mes después postparto.

	• Se encontró una correlación negativa entre la puntuación de EPDS al quinto días postparto y la frecuencia de sueño en el tercer día. • El tiempo total de sueño en el grupo con puntuaciones del EPDS más altas disminuyó durante 3 días tras el parto, aunque no se observó una diferencia significativa con el grupo de bajo riesgo.
Conclusiones	• La DPP se asocia con el sueño medido objetivamente, la fatiga y el tiempo de lactancia por día en las mujeres primíparas lactantes durante el postparto temprano. • Las participantes de este estudio presentaron dificultades para cuidar a los bebés durante los primeros días postparto y esto resultó en un menor tiempo de sueño en el 3 día, que a su vez causó fatiga y estrés en el quinto días. • Los factores que afectaron a la DPP en el quinto día fueron, el tiempo de lactancia durante la estancia en el hospital, la fatiga y la frecuencia de sueño en el 3 día. • Se observó una relación entre la DPP y el sueño objetivo en el postparto temprano.

Las prevalencias de la DPP y de los trastornos del sueño pueden verse aumentadas durante el embarazo y el periodo postparto, sufriendo las mujeres en estas etapas peor calidad de sueño en comparación con el resto de la población (7,13).

El riesgo de sufrir depresión posparto se eleva a causa de la mala calidad del sueño. El tener una buena o mala calidad del sueño se trasluce en mayor o menor riesgo de sufrir DPP, teniendo tres veces más posibilidades de padecerla las mujeres que no presentan una buena calidad del sueño (7).

Varios estudios han analizado que aspectos del sueño tienen mayor asociación con el aumento de la DPP, siendo la latencia del sueño, la disfunción diurna, el uso de medicamentos para dormir, los trastornos del sueño y la calidad del sueño los aspectos que presenta la asociación más significativa con la DPP. Por el contrario, la eficiencia y la duración del sueño no presentarían asociación significativa con la DPP (7, 10, 13,17).

Sin embargo, otros autores exponen que los trastornos del sueño y el uso de medicación para dormir, tampoco serían factores predictores de la DPP (2). Coincidiendo todos en que no existe asociación entre la eficiencia y la duración del sueño con la DPP.

La evidencia ha mostrado que la mala calidad del sueño es un factor de riesgo para la DPP, pero además según el DSM-V esta también es un criterio de diagnóstico, a causa de esto es importante valorar ambas en puntos de tiempo separados para evaluar correctamente la existencia de un vínculo causal entre ellas. Los diferentes estudios que investigan sobre esta relación se podrían agrupar en los que estudian el sueño durante el embarazo y los que lo hacen durante el postparto.

Respecto al postparto Lewis y colaboradores investigaron la relación entre, la mala calidad del sueño en las primeras semanas tras el parto y la DPP en el séptimo mes postparto, existiendo una relación significativa entre ambos (2). McEvoy y colegas coincidieron con los resultados de este estudio a pesar de que las medidas de depresión se llevaron a cabo en el tercer mes postparto. Estos dos estudios muestran que la falta de sueño en las primeras semanas postparto puede ser un factor de riesgo para sufrir depresión a lo largo del postparto (4).

Respecto al embarazo, según tres estudios realizados por Iranpour, Zhoua y Okun, junto con sus respectivos colaboradores, la mala calidad del sueño durante el tercer trimestre también se encuentra asociada con la DPP (1, 7, 14). Estos datos no coinciden con los obtenidos por investigadores como Tryfonas y McEvoy que junto a sus colaboradores, expusieron en sus respectivos estudios que la mala calidad del sueño durante el embarazo no está asociada con un aumento del riesgo de sufrir DPP (10,17).

Esta contradicción de los datos podría deberse a las diferentes escalas utilizadas tanto para la medición del sueño como para la medición de la DPP. En el caso de las investigaciones realizadas por Iranpour, Zhoua y Okun, junto a sus colaboradores se usó el PSQI (de carácter subjetivo) para medir la calidad del sueño y la EPDS para valorar la presencia de depresión (1, 7,14). Sin embargo, en el caso del estudio realizado por Tryfonas y colaboradores el método de medida para valorar la calidad del sueño fueron las actigrafías (de carácter objetivo) (17). Por último, McEvoy y compañía, usaron para la medición del sueño instrumentos de carácter subjetivo pero la presencia de depresión postparto fue valorada por el IDS-R (10).

Algunos autores incluyeron en sus estudios medidas objetivas del sueño, para analizar la relación que puede tener la mala calidad objetiva del sueño con la DPP. Kawashima y colaboradores expusieron que la DPP se asocia con el mal

sueño objetivo en el postparto temprano de las primíparas lactantes, ya que la lactancia reduce las horas de sueño de las madres y les causa fatiga (20). El estudio realizado por Parque, Meltzer- Brody y Dorado también mostró dicha asociación, además comparó estos resultados con los obtenidos subjetivamente de la misma muestra, se concluyó que la mala calidad subjetiva del sueño presenta una asociación mayor con la DPP. Siendo la mala calidad del sueño subjetiva un factor predictor más fuerte de la DPP que la objetiva (21).

Estos datos contrastan con el estudio realizado por Tryfonas y colaboradores en el que se expone que la mala calidad del sueño objetiva durante el embarazo y la depresión postparto no presentan asociación significativa. Sin embargo, si se encontró relación entre la mala calidad del sueño objetiva y la depresión durante el embarazo. Esta contradicción podría deberse a que este estudio realizó la medición de la calidad del sueño durante el embarazo (17). Estos datos podrían señalar que la mala calidad del sueño objetiva tiene relación con la depresión si ambas son valoradas en el mismo periodo de tiempo, por lo que estos resultados podrían no ser válidos.

Otros factores como la edad, los antecedentes de depresión y el número de partos son también relevantes en los resultados de varios estudios. Algunos autores muestran que las madres con menor edad presentan un mayor riesgo de sufrir DPP (1,17). Otros muestran que el ser primípara tiene una asociación significativa con la DPP (8,17,19). Por último, el tener antecedentes de depresión es uno de los principales factores de riesgo de la depresión postparto por ello para muchos de los estudios que valoran otro de los factores de riesgo es un criterio de exclusión (8,19). Los estudios que han analizado el sueño y la depresión durante un periodo del postparto han observado que con el transcurso del tiempo la prevalencia de la depresión postparto y de los trastornos del sueño disminuye (13,19,20), existiendo un mayor riesgo de sufrir DPP durante la primera etapa del postparto. Un estudio basado en la población de Taiwán coincidió con estos hallazgos y expuso que aunque la asociación de la mala calidad del sueño y la DPP era significativa durante parte del postparto, es mayor durante las primeras semanas tras el alumbramiento (8).

Estos resultados mostraron la importancia de llevar a cabo estrategias de prevención para reducir la incidencia de la DPP, como por ejemplo instruir a las madres sobre buenos hábitos e higiene del sueño o sobre ejercicios de relajación

y reestructuración cognitiva, al igual también es importante darles consejos como por ejemplo que reduzcan la cafeína, además de esto es primordial preguntar a la mujeres sobre su calidad de sueño en la sesiones de seguimiento prenatales y postnatales, para conseguir detectar a las mujeres que sufren de mala calidad del sueño ya que estas tendrán más riesgo de sufrir DPP en los próximos meses (2).

8. Conclusión

La alta prevalencia de la depresión postparto y de la mala calidad del sueño durante el embarazo o el postparto establecen la importancia de tomar medidas sobre ambas. La mala calidad del sueño tanto en el tercer trimestre como a lo largo del postparto presenta una fuerte asociación con el riesgo de sufrir síntomas depresivos. Durante el embarazo y el postparto las mujeres sufren numerosos cambios físicos y psicológicos que pueden llevar, junto a otros factores como la lactancia materna o los frecuentes despertares nocturnos del bebe, a que la mujer sufra una mala calidad del sueño aumentando así el riesgo de sufrir DPP. Sin embargo, no todos los aspectos del sueño tienen asociación con la DPP; la duración y la eficiencia del sueño no presentan dicha asociación. La mala calidad del sueño evaluada por cuestionarios de autoinforme, como el PSQI, ha mostrado ser un fuerte predictor de la DPP. Con el transcurso del tiempo del periodo postparto el riesgo de sufrir trastornos del sueño disminuye por lo que a su vez disminuye la incidencia de la DPP.

Además de la DPP en el postparto las mujeres pueden sufrir otros trastornos del estado de ánimo como es el caso de la tristeza puerperal, que aparece en los primeros días tras el parto y desaparece antes de que transcurran dos semanas, si esta se alarga en el tiempo pasa a considerarse depresión postparto, por último la psicosis postparto es el tipo más grave y precisa de rápido tratamiento.

Estos resultados apuntan la importancia de abordar los problemas del sueño de forma temprana, aumentando las medidas para su prevención, a través de intervenciones del sueño en las mujeres en el postparto inmediato o tratamientos prenatales del sueño, pudiendo reducir así el riesgo de sufrir DPP. No obstante

estudios futuros podrían valorar si las medidas de prevención y los tratamientos sobre los trastornos del sueño reducirían el riesgo de sufrir depresión postparto.

9. Bibliografía

1. Zhou H, Li W, Ren Y. Poor sleep quality of third trimester exacerbates the risk of experiencing postnatal depression. *Psychology, Health and Medicine*. 2020 Feb 7;25(2):229–38.
2. Lewis BA, Dwenda Gjerdingen, Schuver K, Avery M, Bess H. Marcus. The effect of sleep pattern changes on postpartum depressive symptoms. *BMC Women's Health*. 2018 Jan 9;18(1).
3. Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord*. 2015 Apr 1;175:34–52.
4. American Psychiatric Association [Internet]. [cited 2022 Mar 17]. Available from: www.appi.org
5. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. [cited 2022 Fe Mar 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546>.
6. Walker AL, de Rooij SR, Dimitrova M v., Witteveen AB, Verhoeven CJ, de Jonge A, et al. Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Comprehensive Psychiatry*. 2021 Jul 1;108.
7. Iranpour S, Kheirabadi GR, Esmailzadeh A, Heidari-Beni M, Maracy MR. Association between sleep quality and postpartum depression. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2016;21(8).
8. Chung TC, Chung CH, Peng HJ, Tsao CH, Chien WC, Sun HF. An analysis of whether sleep disorder will result in postpartum depression [Internet]. Vol. 9, *Oncotarget*. 2018 [cited 2022 Mar 17]. Available from: www.oncotarget.com
9. Terrén CA, Esteve LG, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada

- y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica*. 2003 Jan 1;120(9):326–9.
10. McEvoy KM, Rayapati D, Washington Cole KO, Erdly C, Payne JL, Osborne LM. Poor postpartum sleep quality predicts subsequent postpartum depressive symptoms in a high-risk sample. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2019 Sep 15;15(9):1303–10.
 11. Corp.; Barranco Martos A coord. ; VFD coord. Tutorial de enfermería tomo III. Editorial CEP, S.L;
 12. Elsevier Connect. Las fases del sueño: NREM Y REM. Ambiente idóneo y beneficios para la salud [Internet]. 2019 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/las-fases-del-sueno-nrem-y-rem>
 13. Dørheim SK, Bondevik GT, Eberhard-Gran M, Bjorvatn. Sleep and depression in postpartum women : a population-based study.
 14. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*. 2018;41(5):703–10.
 15. Sivertsen B, Hysing M, Dørheim SK, Eberhard-Gran M. Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: A longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015 Dec 12;15(1).
 16. Christian LM, Carroll JE, Porter K, Hall MH. Sleep quality across pregnancy and postpartum: effects of parity and race. *Sleep Health*. 2019 Aug 1;5(4):327–34.
 17. Pitsillos T, Wikström AK, Skalkidou A, Derntl B, Hallschmid M, Lutz ND, et al. Association Between Objectively Assessed Sleep and Depressive Symptoms During Pregnancy and Post-partum. *Frontiers in Global Women's Health*. 2022 Jan 31;2.
 18. Gunst A, Sjöström E, Sundén M, Antfolk J. The Mother–Offspring Conflict: The Association Between Maternal Sleep, Postpartum Depression, and Interbirth Interval Length. *Evolutionary Psychology*. 2021;19(4).
 19. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal

- depression symptom severity. Archives of Women's Mental Health. 2013 Dec;16(6):539–47.
20. Kawashima A, Detsuka N, Yano R. Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding. Journal of Rural Medicine. 2022;17(1):40–9.
21. Park EM, Meltzer-Brody S, Stickgold R. Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. Arch Womens Ment Health. 2013 Dec;16(6):539–47.

10. Anexos

10.1. Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |

10.2. Inventario de sintomatología Depresiva-Autoinforme (IDS-SR)

INVENTARIO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (AUTOINFORME)

THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.

Did patient (subject) perform self-evaluation? **No** ☐ (provide reason in comments)

Evaluation performed on visit date ☐ or specify date: _____

DD-Mon-YYYY

Comments:

*La información que se registre en este formulario debe ser proporcionada únicamente por el paciente (sujeto).
Por favor dibuje un círculo alrededor del número de la respuesta que mejor describa,
en cada inciso, su experiencia en los últimos siete días.*

1. Al quedarse dormido:

- 0 Nunca tardo más de 30 minutos en conciliar el sueño.
- 1 Menos de la mitad de la veces tardo por lo menos 30 minutos en conciliar el sueño.
- 2 Más de la mitad de las veces tardo por lo menos 30 minutos en conciliar el sueño.
- 3 Más de la mitad de las veces tardo más de 60 minutos en conciliar el sueño.

2. Al dormir durante la noche:

- 0 No despierto durante la noche.
- 1 Tengo el sueño ligero y con algunas breves interrupciones cada noche.
- 2 Me despierto por lo menos una vez cada noche pero vuelvo a dormirme pronto.
- 3 Más de la mitad de las veces despierto por lo menos una vez cada noche y permanezco despierto 20 o más minutos.

3. Despertar demasiado temprano:

- 0 La mayoría de las veces despierto menos de 30 minutos antes de la hora a la que necesito hacerlo.
- 1 Más de la mitad de la veces despierto más de 30 minutos antes de la hora a la que necesito hacerlo.
- 2 Casi siempre me despierto por lo menos una hora o más antes de lo necesario, pero me vuelvo a dormir.
- 3 Me despierto por lo menos una hora antes de lo necesario y no puedo volverme a dormir.

4. Dormir mucho:

- 0 No duermo más de 7-8 horas por noche aunque no haya dormido siesta durante el día.
- 1 No duermo más de 10 horas en un periodo de 24 horas, incluyendo las siestas.
- 2 No duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas, incluyendo las siestas.
- 3 Duermo más de 12 horas en un periodo de 24 horas, incluyendo las siestas.

5. Sentirse triste:

- 0 No me siento triste.
- 1 Menos de la mitad del tiempo me siento triste.
- 2 Más de la mitad del tiempo me siento triste.
- 3 Casi todo el tiempo me siento triste.

6. Sentirse irritable:

- 0 No me siento irritable.
- 1 Menos de la mitad del tiempo me siento irritable.
- 2 Más de la mitad del tiempo me siento irritable.
- 3 Casi todo el tiempo me siento extremadamente irritable.

10.3. El Cuestionario de salud del Paciente-9 (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(use un ✓ para indicar su respuesta)

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse bajo de ánimo, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Problemas para dormirse o seguir durmiendo, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que ha decepcionado a si mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en las cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: estar tan nervioso e inquieto y moverse mucho más que lo normal	0	1	2	3
9. Pensar que estaría mejor muerto o pensar en lastimarse	0	1	2	3
Sumar las columnas	+ +			
Total				
Sr. Profesional de la salud: para la interpretación del TOTAL, consulte la tarjeta de puntuación que se acompaña)				

10. Si detectó algún problema, ¿qué dificultad le han creado estos problemas para hacer su trabajo, atender las cosas en su casa o llevarse bien con otras personas?	Ninguna dificultad _____ Alguna dificultad _____ Muchas dificultades _____ Dificultades extremas _____
--	---

10.4. La escala de estrés percibido (PSS)

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas imitantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Versión 2.0

10.5. Insomnia Severity Index (ISI)

Insomnia Severity Index

The Insomnia Severity Index has seven questions. The seven answers are added up to get a total score. When you have your total score, look at the 'Guidelines for Scoring/Interpretation' below to see where your sleep difficulty fits.

For each question, please CIRCLE the number that best describes your answer.

Please rate the *CURRENT* (i.e. LAST 2 WEEKS) SEVERITY of your insomnia problem(s).

Insomnia Problem	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
1. Difficulty falling asleep	0	1	2	3	4
2. Difficulty staying asleep	0	1	2	3	4
3. Problems waking up too early	0	1	2	3	4

4. How SATISFIED/DISSATISFIED are you with your CURRENT sleep pattern?

Very Satisfied Satisfied Moderately Satisfied Dissatisfied Very Dissatisfied
0 1 2 3 4

5. How NOTICEABLE to others do you think your sleep problem is in terms of impairing the quality of your life?

Not at all A Little Somewhat Much Very Much Noticeable
0 1 2 3 4

6. How WORRIED/DISTRESSED are you about your current sleep problem?

Not at all A Little Somewhat Much Very Much Worried
0 1 2 3 4

7. To what extent do you consider your sleep problem to INTERFERE with your daily functioning (e.g. daytime fatigue, mood, ability to function at work/daily chores, concentration, memory, mood, etc.) CURRENTLY?

Not at all A Little Somewhat Much Very Much Interfering
0 1 2 3 4

Guidelines for Scoring/Interpretation:

Add the scores for all seven items (questions 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) = _____ your total score

Total score categories:

0–7 = No clinically significant insomnia

8–14 = Subthreshold insomnia

15–21 = Clinical insomnia (moderate severity)

22–28 = Clinical insomnia (severe)

Used via courtesy of www.myhealth.va.gov with permission from Charles M. Morin, Ph.D., Université Laval

10.6. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos.

Anexo

VERSIÓN REVISADA DE LA CES-D-R

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas.

Durante cuántos días...	En la semana pasada			Últimas dos semanas	
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
15. Quería hacermé daño	0	1	2	3	4
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4