

**Laura Mena Almazán
Yolanda Villacorta Aparicio**

INFRADIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO: PERCEPCIÓN DE LAS MATRONAS

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por Inés Sombrero Torres

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2019

“En ocasiones encontramos noticias en los periódicos sobre la tragedia de mujeres que han puesto fin a su vida y han dejado niños menores de un año. Es entonces cuando nos preguntamos: ¿Hacemos todo lo que podemos en este campo de actuación sanitaria y social?”

Glòria Seguranyes

ABREVIATURAS

BDI: Beck Depression Inventory

DPP: Depresión posparto

DSM: Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

M1: Matrona 1

M2: Matrona 2

M3: Matrona 3

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	9
3.1 Trastornos del estado de ánimo en el puerperio.....	9
3.2 Antecedentes históricos.....	12
3.3 Epidemiología	13
3.4 Factores de riesgo	14
3.5 Consecuencias	16
3.6 Tratamiento.....	17
3.7 Métodos de detección.....	19
3.8 Rol de la matrona.....	20
3.9 Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña – cribado de patología mental	20
4. OBJETIVOS.....	23
5. HIPÓTESIS.....	24
6. METODOLOGIA	25
6.1 Diseño	25
6.2 Población.....	25
6.3 Material y Instrumentos	26
6.4 Ámbito de estudio	27
6.5 Espacio utilizado	27
7. DISCUSIÓN.....	28
7.1 Sociedad e idealización de la maternidad.....	28
7.2 Entorno socio-familiar	31
7.3 Atención de la salud mental perinatal.....	32
8. CONCLUSIÓN.....	36
8.1 Limitaciones y propuestas de mejora	38
9. PLAN DE TRABAJO. CRONOGRAMA.....	39
10. BIBLIOGRAFIA.....	40
11. ANEXOS.....	51

1. RESUMEN

La depresión posparto es un trastorno psiquiátrico que afecta entre un 10-15% de las mujeres en España. Se presenta en las 2-4 primeras semanas y puede llegar a cronificarse, pudiendo permanecer hasta un año después del parto. En su desarrollo intervienen múltiples factores, siendo el factor hormonal el que más peso tiene, aunque también hay influencias sociales, culturales y personales. Sus principales síntomas son la tristeza, fatiga, irritabilidad e incapacidad para el autocuidado y del recién nacido. Existen varios instrumentos para el cribado, EPDS y BDI, y las llevará a cabo la matrona o enfermera. Las opciones de tratamiento son el farmacológico y el conductual y el abordaje es multidisciplinar. La importancia de este trastorno radica en que se infradiagnostica y no se atiende, derivando esto en numerosas consecuencias para la mujer y niño, y en los lazos familiares y económicos. Hasta ahora, se sabe que la falta de formación de los profesionales sanitarios y la poca demanda de ayuda por parte de las mujeres son causas de infradiagnóstico. El diseño de esta investigación está basado en el método cualitativo. En él se pretende conocer el significado de las vivencias de las matronas acerca del infradiagnóstico en la DPP, por lo que está planteado desde un enfoque fenomenológico. Para llevarlo a cabo se empleará la entrevista como herramienta, bajo un guion semiestructurado. Mediante 3 entrevistas individuales se explorarán las percepciones de las matronas en cuestión.

Palabras Claves: Depresión posparto, infradiagnóstico, intervenciones, percepción.

ABSTRACT

Postpartum Depression is a psychiatric disorder that affects between 10-15 % of Spanish women. It appears between 2-4 weeks postpartum and can become chronic, being able to remain up to one year after the childbearing. Multiple factors are involved in its development, being the hormonal factor the most important. In postpartum depression also takes part social, cultural and personal influences. Its main symptoms are the sadness, fatigue, irritability and incapability for the autocare and baby's care. Several instruments exist for the early detection, EPDS and BDI, and the midwife or nurses will use them. The treatment options are the pharmacological and the behavioral one and the management is multidisciplinary.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

The importance of this disorder consists in the underdiagnosis and it is not attended, deriving in numerous consequences for the woman and the baby and economic and familiar bonds. Until now, it is known that the absence of formation about DPP in midwives and the little demand of help of the women causes the underdiagnosis. The design of this investigation is based on the qualitative method. Try to know the meaning of their experiences since their point of view. Because of this, it is using a phenomenology point. The main tool will be the interview, following a semi structured script. There will be 3 individual interviews.

Keywords: Postpartum depression, underdiagnosis, interventions, perception.

2. INTRODUCCIÓN

Tras el parto, la mujer debe atender a las demandas del recién nacido, adoptando un nuevo rol y una gran responsabilidad. A esto se le suman una serie de cambios biológicos, hormonales y genéticos que ocurren de forma fisiológica en el puerperio y que convierten a la mujer en vulnerable para el desarrollo de trastornos psíquicos. De la misma forma, convergen factores culturales y sociales. (1)

Los trastornos del estado de ánimo en el posparto son de gran importancia por sus consecuencias tanto para la salud de la mujer como para la del recién nacido, sin olvidar las repercusiones en las relaciones familiares y otros problemas económicos surgidos por las bajas laborales e incluso las renunciadas a los puestos de trabajo. (1, 2, 3)

Actualmente, la epidemiología nos señala una prevalencia de entre el 10-15% en España, siendo porcentajes que no pueden pasar desapercibidos. En este sentido, el personal de enfermería juega un papel decisivo en la detección y asimismo en su prevención. No obstante, el poco conocimiento por parte de los profesionales sanitarios sumado al hecho que muy pocas mujeres demandan ayuda hacen que sea un trastorno infradiagnosticado. (1, 2)

Ya desde los tiempos de Hipócrates se observó una relación entre los cambios anímicos y el período posnatal. No será hasta el siglo XIX cuando se defina con criterios científicos algunas de las manifestaciones. Desde entonces, existen discrepancias entre autores que defienden que la depresión posparto es un cuadro depresivo con características especiales que hacen que tenga que ser estudiado al margen de otros trastornos y otros autores que, en cambio, consideran que no debe ser estudiado de forma independiente. (2)

El término de depresión posparto fue especificado por el DSM-V, que engloba a episodios de depresión mayores, trastornos bipolares o trastorno psicótico breve, siempre que tenga inicio en las 4 semanas tras el parto. (4)

En la DPP, la mujer experimenta una tristeza dominante, fatiga, alteración en el sueño y apetito, así como sentimientos de culpabilidad e inutilidad al hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto del niño. (1, 2)

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

Vista la alta prevalencia, creemos necesario más estudios pues los datos ponen de manifiesto que no hay un buen manejo de la detección precoz de la DPP.

Por lo tanto, nos planteamos la pregunta inicial: ¿Cuál es la percepción de las matronas acerca del infradiagnóstico latente en la depresión posparto? Si bien es cierto que puede ser interesante hacerlo sobre las vivencias de las madres, no hemos encontrado ningún trabajo que hable sobre cómo lo viven los que están al otro lado del problema y a nuestro modo de ver, la información que nos pueden proporcionar puede ser muy valiosa. (2, 4)

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN – REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A continuación, describiremos las diferentes características, técnicas y métodos que hemos utilizado para realizar la búsqueda de información de nuestra investigación.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica cuya duración fue de octubre de 2018 a abril de 2019. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Google académico, Dialnet, Scielo, Elsevier y Fistera, así como también libros, artículos de revistas y tesis doctorales. Seleccionamos diferentes palabras claves para llevar a cabo nuestra búsqueda, como las siguientes: depresión posparto, infradiagnóstico, intervenciones de enfermería y percepción de los profesionales. Entre los siguientes conceptos utilizamos los operadores booleanos Y y AND. De los resultados que nos aparece seleccionamos los más recientes, estableciendo un filtro entre 2000 y 2019. Por otro lado, en cuanto al idioma, se consideraron tres lenguas para la búsqueda: catalán, español e inglés.

Criterios de inclusión fueron establecidos para delimitar la búsqueda y enfocarnos exclusivamente en la depresión posparto en las condiciones que se adecuaban a nuestra investigación. También tuvimos presentes criterios de exclusión como madres adolescentes, madres con patologías mentales graves o pérdidas fetales. Así que los artículos seleccionados para nuestra revisión fueron los que se adecuaron a las características mencionadas anteriormente.

Estas fueron nuestras bases para llevar a cabo el siguiente apartado que nos acerca a la depresión posparto para así luego pasar a la investigación en cuestión.

3.1 Trastornos del estado de ánimo en el puerperio

El puerperio es considerado el ‘cuarto trimestre’, siendo un período emocionalmente complejo. Abarca desde el nacimiento hasta pasadas las 6-8 semanas. Los cambios psicológicos que tienen lugar son de carácter emocional siendo el agotamiento el principal factor. (1, 2, 3, 5)

En este contexto, los tres principales trastornos del estado de ánimo en orden de menor a mayor gravedad son: tristeza puerperal o ‘maternity blues’, depresión

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

posparto y psicosis posparto. (6, 7)

Tristeza puerperal o 'maternity blues'

La tristeza puerperal o "maternity blues" según lo denominan los anglosajones, es un estado transitorio que lo experimentan entre un 50-80% de las mujeres. Su etiología tiene relación con los cambios hormonales que surgen en el puerperio. Se manifiesta como una forma leve y transitoria de depresión con síntomas como ansiedad, insomnio, irritabilidad, labilidad emocional, astenia, cambios del apetito y labilidad emocional. Empieza entre el tercero y el séptimo día posparto y suele durar una semana o dos. Se trata de un proceso autolimitado. Presenta mínimas implicaciones para la madre y recién nacido. No obstante, debe vigilarse por si los síntomas persisten o adquieren más intensidad pues igualmente existe riesgo de que derive en depresión posparto. Algunos autores afirman que las mujeres que presentan tristeza puerperal tienen una probabilidad del 20% de desarrollar DPP. (3, 4, 6, 7, 8, 9, 10)

Depresión posparto

El DSM-V especifica la DPP cuando no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor si los síntomas del estado de ánimo se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas después de parto. (4)

La DPP es una tristeza dominante con trastornos de humor intensos. El comienzo de la DPP no es abrupto como la psicosis, y tarda en presentarse entre 2-4 semanas. Aparece aproximadamente en el 10-15% de las gestantes. El 50% de episodios de DPP comienza realmente, en el embarazo. (1, 2, 3, 4, 6, 10, 12)

Según el DSM-V, son necesarios al menos cinco síntomas para considerarla como un episodio de depresión mayor o dos para ser considerada menor, siempre que esté presente un estado de anhedonia y estos síntomas provoquen en la mujer un malestar importante durante un tiempo prolongado. (4)

Los síntomas engloban tristeza, inquietud, fatiga, ideas de culpa, llanto fácil

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

alteración del sueño y del apetito e irritabilidad. Del mismo modo pueden presentarse sentimientos de culpabilidad y de incapacidad para atender al cuidado del recién nacido y también a ella misma, dificultad de concentrarse e inseguridad. También se pueden dar crisis de ansiedad y de pánico, y en los casos más graves, pensamientos de dañar al bebé, lo que determina la necesidad de ingreso en el 40% de las que llegan a desarrollarla. (1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12)

Las opciones de tratamiento es el mismo que el resto de los trastornos depresivos: antidepresivos, ansiolíticos, y terapia electroconvulsiva. El uso de antidepresivos junto con una buena terapia psicológica puede hacer mejorar los síntomas en 2 semanas y el trastorno puede resolver en 6-8 semanas. Por otro lado, en aquellos casos en los que no se demanda ayuda tardan muchos meses más en resolver, pudiendo llegar hasta un año. (1, 3, 5, 6, 8)

Psicosis posparto

Constituye la forma más severa de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio. La probabilidad de psicosis posparto se sitúa entre el 0,1 y el 0,2%, con un riesgo de recidiva tras psicosis previa del 75-90%. (6, 10, 11)

Tiene un inicio temprano y abrupto y los síntomas se manifiestan desde el tercer día postparto hasta los primeros 6 meses que siguen al parto. Un diagnóstico diferencial entre ambas puede resultar difícil. Aun así, en los casos de psicosis el estado empeora a las 48 horas mientras que en la tristeza puerperal tiende a resolver espontáneamente. La clínica se caracteriza por síntomas de hiperactividad, desorientación, labilidad afectiva, confusión, trastornos del sueño, labilidad emocional e ideas delirantes y alucinatorias. (4, 6, 10, 11)

El desarrollo de los síntomas en el primer mes es un factor protector frente a futuras psicosis en embarazos posteriores. Como factores de riesgo está el ser primípara y tener antecedentes de psicosis. También se ha visto que las pacientes afectadas por este trastorno tienen un mayor número de complicaciones obstétricas. (1, 6, 8, 10, 11)

La mayoría de las mujeres requieren ingreso hospitalario puesto que son incapaces de atender al recién nacido ni a ellas mismas y además con frecuencia la madre

puede autolesionarse o dañar a su hijo. (1, 10)

La gran mayoría están completamente recuperadas en unos 3-6 meses. Es común que tras el trastorno las mujeres pasen por depresión o ansiedad al recordar lo vivido. (5)

3.2 Antecedentes históricos

Los antecedentes históricos datan del 700 a.C. con la relación que establece Hipócrates entre el periodo postparto y las alteraciones del estado de ánimo, del mismo modo, Celcio y Galeno abordaban en sus textos los problemas emocionales en el puerperio. Posteriormente, la doctora Trótula en Salerno reconoce la depresión postparto por primera vez en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*: *“si el útero está muy húmedo, el cerebro se llena de agua, y la humedad cae hacia los ojos, forzándola involuntariamente a derramar lágrimas”*. Por otro lado, Sorano (100 d.C) la define como una situación de *“frenitis aguda”* entendida como una enfermedad aguda. Ya en el siglo XX vemos otras referencias a esta patología. Por ejemplo, Esquirol en 1918 describe a una mujer que tiene depresión en sus cinco embarazos, en 1952 Victoroff habla del término *“Maternity Blues”* y ya en 1958, Luis Víctor Marcé escribe el *“Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas”* que se establece como el primer tratado de psiquiatría perinatal. Por último, podemos hablar de Pitt (1968), quien describe la depresión postparto como una depresión atípica, dado el importante componente ansioso observado, con marcada labilidad emocional e irritabilidad, sentimientos de incapacidad, confusión, así como variación diurna con empeoramiento vespertino. (6, 12, 13, 14, 15, 16)

Las autoras Denis C L y Hodnett E definen la depresión posparto como *“un episodio depresivo no psicótico”*. Por otro lado, según el DSM-V-TR, la depresión posparto está considerada como *“un episodio o trastorno depresivo mayor con inicio en el posparto”*. (4, 16)

Un estudio reciente de la universidad de Harvard defiende que afecta a 1 de cada 9 mujeres y que esto se ve influenciado y puede depender de factores tan indirectos como el momento del año. Se realizó un estudio con n=20.169 mujeres de las cuales 817 desarrollaron DPP y se llegó al resultado en que las mujeres que daban

a luz entre primavera y invierno el riesgo de DPP era menor. En cambio, durante los meses de verano se ve un riesgo más alto debido a que las mujeres se sienten encerradas en casa y abandonadas debido a que la gente en estos meses desarrolla más actividades sociales. Por otro lado, el médico Zhou J refiere que otros factores que pueden influenciar en la aparición de DPP son tales como el parto sin anestesia y una gestación completa. (16)

3.3 Epidemiología

La prevalencia mundial se estima que está entre el 10-20%. En España, la frecuencia de aparición de DPP es del 12% y se ha asociado a niveles educativos medios- bajos y antecedentes personales y familiares de depresión. Por otro lado, se observa un mayor porcentaje en madres adolescentes, situándose en un 26%, así como en niveles socioeconómicos bajos, en un 38,2%. (1, 3, 4, 10, 11, 18) En Cataluña la prevalencia de trastornos del estado de ánimo en el posparto se sitúa en el 18%.

Analizando un metaanálisis referente a la DPP se evidencia que la prevalencia de depresión mayor en el segundo trimestre era la mayor siendo así el doble porcentaje que en el primer y tercer trimestre. (19) En cuanto al riesgo de recurrencia de una DPP es de alrededor de un 25%. Además, aumenta la probabilidad de desarrollar una depresión no ligada al posparto, sobretodo si ya hay antecedentes personales previos. (20)

Por otro lado, la revista biomédica Medwave afirma que: “No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de enfermar de enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período postparto lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado”. (21)

Un trabajo novedoso y pionero publicado por el Instituto de la Mujer en 1986 reveló diversas claves acerca de la DPP. Después de 3 décadas se ha realizado el mismo trabajo y a pesar de los años han obtenido los mismos resultados: aunque se han avanzado en algunos aspectos y factores, aún permanecen en nuestra sociedad, muchas creencias, sentimientos y comportamientos dañinos en torno a la

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

maternidad, como, por ejemplo, entender la maternidad como algo únicamente ligado a la condición femenina.

Los síntomas depresivos pueden ser confundidos con síntomas físicos derivados del embarazo, pudiendo dificultar el diagnóstico de DPP y por tanto, contribuyendo a su infradiagnóstico. (2)

3.4 Factores de riesgo

El riesgo de padecer DPP durante el posparto es 3 veces mayor respecto a otro momento de la vida, debido a que son numerosas las causas. Una gran variedad de estudios propone diferentes combinaciones e interacciones de factores de riesgo que conllevan a una DPP. A pesar de la gran cantidad de estudios e investigaciones que se han llevado a cabo no existe un acuerdo que exponga las causas exactas para ello. (1)

Durante el puerperio suceden una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan a la madre una mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos psicológicos ligados al posparto. (1)

A continuación, expondremos los factores que proponen la gran mayoría de estudios. Generalmente, se pueden dividir en factores biológicos, genéticos, personales y sociodemográficos.

Factores biológicos

Durante el posparto, se producen cambios hormonales que predisponen a la mujer a una mayor vulnerabilidad, causada sobre todo por el descenso abrupto de estrógenos y gestágenos en el posparto, lo que genera un mayor efecto sensibilizador de prolactina y oxitocina. Cada mujer responde de manera individual a la bajada de hormonas, algunas sin referir ninguna sensación atípica y otras pudiendo desarrollar una DPP. (1,3)

Buttner et al. afirman la relación entre el Síndrome Premenstrual en el posparto con la DPP. Puede aparecer unos siete o diez días previos a la menstruación y se caracteriza por cansancio generalizado, cambios de humor, ansiedad junto con

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

disfunción de la actividad social y funcional. (22) Buttner et al. confirman que las mujeres que presentan este síndrome tienen mayor probabilidad de padecer DPP. A esta teoría se le atribuye la disminución de los niveles de estridol con la transmisión de serotonina. (22)

Factores genéticos

Los antecedentes de enfermedad psiquiátrica son considerados unos de los elementos que más se relaciona para desarrollar DPP. En un estudio enfocado a conocer si existía una relación entre la genética y la DPP, se descubrió la variante del gen CS77T de la *metilentetrahidrofolato reductasa* y la estricta relación con el estado de ánimo depresivo durante el período de embarazo. (1, 3, 5, 23)

Factores personales

En primer lugar, podemos contemplar los aspectos emocionales: estos pueden afectar a la autoestima de la mujer y la manera en que la madre afrontará los problemas y altibajos del posparto. Por ejemplo, en el caso de que nazca un bebé con una enfermedad grave o un defecto congénito puede generar problemas para adaptarse. Estas situaciones pueden alterar las rutinas del trabajo, del hogar, de la pareja y de la familia que en principio no estaban previstas. (1,3)

En segundo lugar, encontramos un factor muy relacionado como es el agotamiento. Como es obvio, la mayoría se sienten cansadas después de dar a luz y algunas pueden prolongar este estado a semanas. Si a esto le sumamos el cuidar del bebé, las tareas de casa y en caso de tener más hijos, el ocuparse de ellos. Aquí entramos en una rueda de agotamiento y falta de sueño que pueden durar mucho tiempo.

Por último, el estilo de vida afecta directamente con la aparición de DPP. Una falta de apoyo por parte de las personas más cercanas es un desencadenante clave. En el caso de que la mujer no cuente con ayuda de su pareja o amistades y sus familiares vivan lejos, es posible que no cuente con apoyo tan necesario en esta etapa. Es un gran alivio contar con la familia y amistades en estos casos. Incluso en

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

ocasiones en que la familia y amistades estén presentes, la madre puede ser que se sienta aislada. Es importante no caer en el error de relacionarlo con madres solteras ya que estas pueden contar con una gran red de apoyo. (1, 3, 5, 23, 24, 25, 26).

Factores sociodemográficos

Una gran variedad de investigaciones se basa en la existencia de una relación entre la DPP y la paridad. Uno de los resultados obtenidos es que quizás las primíparas, debido a que es el primer embarazo presentan mayores niveles de ansiedad y estrés. Por otro lado, rehúsan esta teoría otros autores que afirman que va relacionado con la multiparidad.

También se ha visto una relación directa en aquellos casos en que la atención sanitaria tiene difícil acceso como es en los países menos desarrollados, produciendo un aumento en la prevalencia de la DPP.

También se atribuye a mayor riesgo de sufrir DPP, el nivel socioeconómico debido a una economía personal o familiar precaria, personas con dificultades o en situaciones de pobreza. (3, 23, 24, 26, 27, 28, 29)

3.5 Consecuencias

En los casos en que la madre no recibe la atención adecuada y la DPP no se detecta y no se trata, existe una alta prevalencia de que se cronifique y pudiendo generar así consecuencia en la salud de la madre y el bebé a corto y a largo plazo. No hay que focalizar únicamente la atención a la madre, sino también al bebé. (21)

Las consecuencias negativas que conlleva no tratar una DPP son muy amplias: tristeza, angustia, falta de bienestar del recién nacido, conflictos familiares o psicosociales, desesperación de la madre y problemas de moderados a graves en el desarrollo infantil cognitivo y conductual. (21, 27)

Las interacciones entre madres deprimidas y sus bebés tienen mayor frecuencia el llanto, afectos negativos, evitación del contacto visual por parte de los niños/as. En numerosos casos estas madres presentarán dificultades para percibir e interpretar

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

las señales comunicacionales de sus hijos/as, afectando directamente al desarrollo del niño. (27)

Froelich et al afirman que las madres deprimidas generan altos niveles de confusión en sus bebés y esto hará que existan incongruencias en la comunicación. (28)

El responder inadecuadamente a las señales infantiles generará un círculo vicioso de interacción que disminuye los momentos de encuentro entre ambos. Así, se puede decir que la depresión materna no solo afecta las habilidades de comunicación sino también la calidad de la interacción entre ambos. (29)

Otro factor a tener en cuenta es el apego. La DPP influirá negativamente en este. La literatura describe una mayor incidencia de apegos inseguros y fallidos en hijos/as de madres deprimidas y es por eso que podemos afirmar de nuevo que los comportamientos y actitudes de la madre depresiva producen un deterioro en el vínculo madre-bebé. (27, 29, 30)

En general, se puede afirmar que las madres que sufren DPP interactúan con su bebé de diferentes maneras. Hemos diferenciado dos bloques: por un lado, el de la hostilidad, la crítica y la intrusión. Por otro lado, la evitación, la pasividad y la no responsabilidad frente al intento de comunicación del niño. (31)

3.6 Tratamiento

La DPP no deja de ser una depresión y como tal, debe tratarse. Dicho tratamiento variará en función de la gravedad de los síntomas y deberá individualizarse en el caso de cada mujer, pues hay que tener en cuenta la multifactoriedad del fenómeno de la DPP. En el tratamiento de la DPP se incluyen intervenciones no farmacológicas como psicoterapia y farmacológicas, con fármacos antidepresivos.

Entre los diferentes modelos de psicoterapias, la terapia cognitivo-conductual se sitúa como primera opción en el tratamiento de la DPP pues se ha documentado su gran eficacia. En el caso del tratamiento con fármacos, deberá valorarse riesgos y beneficios individuales en cada mujer. A continuación, se explican ambas opciones con más detalle: (12, 21, 34)

Farmacológico

El tratamiento farmacológico con antidepresivos se utiliza sobre todo en mujeres con depresión grave. El uso de estos resulta polémico pues todos los antidepresivos en mayor o menor medida se excretan por leche materna. A pesar de esto, las concentraciones en leche son bajas y se producen muchas oscilaciones a lo largo del día por lo que es difícil conocer esto de manera adecuada. No obstante, los estudios en referencia a esto son limitados.

Hay algunos estudios probados con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, concretamente con fluoxetina, paroxetina y sertralina, en los que se destaca su uso por mostrar unos niveles apenas indetectables en leche materna. En todo caso, con cualquier antidepresivo será imprescindible un seguimiento adecuado.

Cabe destacar que hace unos meses en EEUU, se aprobó el primer fármaco diseñado para la DPP, el *brexanolone*, el cual hace efecto a los dos o tres días frente a las 3-4 semanas que tarda un antidepresivo normal. No obstante, el seguimiento se hizo solo durante 30 días y también se observó mejoría en las madres que tomaron placebo. (1, 6, 10, 12, 21, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42).

Psicoterapia

Las intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento de la DPP han sido reconocidas como la opción de primera línea por la ausencia de riesgos en lactantes además de por su efectividad. Concretamente, se habla de la terapia cognitivo- conductual como la más eficaz. Además de la psicoterapia, la psicoeducación y el reactivar la red social de la madre, así como el promover el vínculo con el bebé son aspectos que deben incluirse en las intervenciones. (1, 6, 10, 12, 41, 43, 44)

3.7 Métodos de detección

Son diversas las herramientas de las cuales disponen los profesionales sanitarios para llevar a cabo un cribado cuidadoso y detectar las depresiones posparto a tiempo para poder actuar a tiempo. El problema de nuestro sistema es que son muchos los profesionales sanitarios que no criban de manera sistemática la vulnerabilidad de padecer la DPP. Por otro lado, tampoco es una tarea fácil reconocer la sintomatología ya que se puede confundir con la adaptación normal al puerperio o tristeza puerperal, y se pasa por alto. De hecho, es una de las razones de que el 50% de los casos de DPP no sean diagnosticados. (18, 34, 37)

Tras la revisión de los artículos seleccionados, se han podido identificar diversas escalas para la detección de depresión posparto:

El Beck Depression Inventory-II (BDI-II) es un instrumento de fácil comprensión y administración compuesto por 21 ítems siguiendo así los criterios de la American Psychological Association para el diagnóstico de los trastornos depresivos en adultos y adolescentes. Esta prueba ha sido cuidadosamente adaptada. El primer inventario propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido instrumentos muy utilizados para la detección y la evaluación de la gravedad de la depresión. Los ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes que sufren depresión. Uno de los factores que hay que tener en cuenta, es que en esta valoración no se incluyen ítems como la fatiga y las alteraciones del sueño que reflejan de la experiencia madre- hijo. (Anexo 4) (45, 46)

En segundo lugar, tenemos la escala de valoración posparto de Edinburgo, esta fue creada para ayudar a las profesiones de atención primaria a la detección de las madres que sufren DPP. Tiene 10 ítems específicos, con 4 respuestas posibles y puntuadas del 0 al 3 de acuerdo con la presencia de mayor o menor intensidad de los siguientes síntomas: disforia, insomnio, pérdida de placer, disminución del desempeño en el día a día, culpabilidad o ideas de muerte y/o suicidio. Esta escala ha sido valorada satisfactoriamente por muchas identidades, aun así, encontramos referencias, las cuales argumentan que hay una falta de especificidad ya que sus ítems reflejan una escala de depresión general, más que síntomas relacionados

con la nueva maternidad. Otro problema que se le ha encontrado a la escala es que radica en la subjetividad ya que enfoca temas muy personales y no se sabe a ciencia cierta si son respondidas fielmente a la realidad. No obstante, lo adecuado para una detección precoz sería que todas las puérperas que acuden a la consulta la contestaran de forma sistémica. (anexo 5) (47, 48)

3.8 Rol de la matrona

Las matronas son las profesionales sanitarias que acompañan a la mujer durante el todo el embarazo y el posparto, por ello, son las que mejor conocen a la mujer. Es esencial, por tanto, que exista una sólida relación de confianza paciente-enfermera para conseguir que las pacientes expresen sus miedos, emociones y así poder detectarlos y trabajarlos. (1, 2, 12, 50)

Por ello, la figura de estas en la detección de la DPP es fundamental pues precisamente son estas quienes pasan los cuestionarios y pondrán la voz de alarma en caso de que identifiquen algún síntoma. (12, 13, 34, 49, 50)

También es función suya el concienciar a las madres y entorno de lo importante que es el conocer los cambios anímicos que pueden experimentar y los factores que se ven implicados. Es muy importante además promover el autocuidado tanto de ella misma como del bebé para así potenciar la autoestima y seguridad de la madre. (34, 50)

3.9 Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña – cribado de patología mental

Actualmente el reciente protocolo que existe en Cataluña en el seguimiento del embarazo introduce mejoras en diversos ámbitos. Concretamente en el campo de la salud mental se apuesta por un cribado sistemático durante el embarazo con la introducción de una nueva prueba (cuestionario de Whooley) en la segunda visita, entre la 12-14 semana de gestación con el que se pretende mejorar la detección precoz. En el ANEXO 7 se muestra en forma de gráfica el cribado para la detección de depresión y/o ansiedad.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

En la primera visita, en las 6-10 semanas de gestación, se realiza una anamnesis en el que se abordará de forma general la historia clínica, haciendo hincapié en antecedentes de patología mental previa, así como la valoración del soporte con el que cuenta la gestante.

En la segunda visita, en las semanas 12-14 de gestación, se tratará de identificar síntomas depresivos y/o ansiedad a través del cuestionario de Whooley (ANEXO 6). Dicho cuestionario cuenta con 4 preguntas y se considerará un cribado negativo si la respuesta es negativa y ya no se volverá a realizar de nuevo hasta las 29-30 semanas de gestación. Si de nuevo sale negativo, no se realiza ningún cuestionario más hasta la semana 6 después del parto, y en este momento tocará pasar la escala de depresión posparto de Edimburgo.

Si por el contrario el cuestionario de Whooley es positivo en la 2ª visita, se recomienda pasar la escala de Edimburgo.

Si el resultado de la escala de Edimburgo es inferior a 13 o el ítem 10 es 0, se vuelve a pasar el cuestionario de Whooley en la semana 29-30 de gestación.

En el caso de que la puntuación de la escala de Edimburgo es superior o igual a 13 o el ítem 10 es positivo, se realizará una derivación para la valoración diagnóstica y propuesta de tratamiento a través de psicología en el mismo ASSIR y al médico de familia correspondiente.

En la tercera visita, durante la semana 29-30 de gestación, como hemos dicho previamente se realiza de nuevo el cuestionario Whooley.

Una vez el parto, a las 6 semanas de este se pasa la escala de Edimburgo para así realizar una evaluación posparto. En el caso de que la puntuación sea igual o superior a 13 o el ítem 10 es positivo, se realizará la derivación correspondiente a la psicóloga del ASSIR o médico de familia de la madre. (51)

En 2018, el Hospital Clínic de Barcelona dispone de un nuevo Hospital de Día Madre-Bebé para madres con trastornos mentales en el posparto. Este centro ha sido impulsado por el Departament de Salut. Este nuevo espacio para la madre y el bebé

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

asegura un espacio terapéutico confortable, la continuidad de la atención de ambos y favorece a la creación del vínculo. Este es totalmente voluntario y ofrece terapias intensivas y específicas durante el año siguiente al parto. El centro cuenta con 10 plazas para madres y 10-12 bebés, con una estancia máxima de 3 meses. (52)

4. OBJETIVOS

- **Principal:**

Conocer la perspectiva de las matronas acerca del infradiagnóstico presente en la depresión posparto con la intención de ofrecer nuevas perspectivas que orienten a cambios eficaces en el abordaje de la DPP.

- **Específicos:**

- Evaluar el rol específico de la matrona en el abordaje de la DPP.
- Analizar si se proporciona una atención adecuada en la preparación mental de las madres.
- Identificar los factores que pueden estar relacionados con el infradiagnóstico.

5. HIPÓTESIS

En la percepción de las matronas entrevistadas acerca del infradiagnóstico en la depresión posparto se descubre que existen factores sobre los que se pueden actuar.

6. METODOLOGÍA

6.1 Diseño

El estudio está basado en el método cualitativo, fundamentado en la experiencia directa con los informantes y las vivencias de éstos. Cabe destacar que se puede encontrar diversas versiones de una misma realidad y no una realidad única y objetiva. Por tanto, los conocimientos que se obtendrán a través del método cualitativo aportarán una gran variedad de perspectivas.

El estudio enfoca una cronología descriptiva, en la que describimos fenómenos que aparecen en la actualidad.

La metodología llevada a cabo es la fenomenológica. Este enfoque trata de comprender las percepciones o experiencias vividas de manera única por cada individuo, sobre una situación en concreto, en este caso, sobre el infradiagnóstico en la DPP. Gracias a este podremos obtener información acerca de las opiniones subjetivas de las matronas.

6.2 Población

Se han llevado a cabo 3 entrevistas individuales con 3 matronas. No se ha contemplado el aumentar el número de las informantes pues la información proporcionada sobre sus experiencias y sensaciones ha sido ambiciosa para su análisis.

Como criterios de inclusión, todos los informantes han tratado con la depresión posparto, es decir, han tenido experiencias previas de casos de DPP. Aquellos que, en cambio, no han trabajado con este trastorno han sido excluidos. Cabe destacar que aquellas matronas que han pasado por una DPP, han sido excluidas, al considerar que su percepción como profesional se puede ver influenciada por la vivencia personal.

También buscaremos, si es posible, a personal de diferentes edades para ver si ha habido cambios en el manejo de la DPP a lo largo de los años, si ahora se ven más casos en las consultas, etc., en definitiva, si encuentran diferencias con el paso del tiempo.

La selección de nuestros informantes se ha basado en un muestreo opinático.

6.3 Material y Instrumentos

El instrumento clave para la investigación ha sido la entrevista semiestructurada. Mediante esta técnica, hemos tratado de encontrar el significado, las perspectivas, el modo en que ellos ven el infradiagnóstico en la DPP. Con ello, no se han buscado respuestas verdaderamente objetivas, sino respuestas subjetivas en base a sus experiencias y opiniones.

Inicialmente, fueron escogidas las entrevistas individuales y grupales. Sin embargo, por la dificultad encontrada a la hora de concretar el grupo participante, se decidió optar solamente por las entrevistas individuales.

En cuanto a las entrevistas individuales, las 3 entrevistadas recibieron el mismo paquete de preguntas. La entrevista en cuestión se organizó mediante un guion semiestructurado en el cual se formularon preguntas sin un esquema estrictamente fijado y donde nosotras, las investigadoras, controlamos el ritmo de la entrevista en función de las respuestas de los informantes. Se diseñó una guía de entrevista en la que se incluyeron preguntas generales, así como otras más específicas, orientadas a explorar las posibles causas, factores, impedimentos que dificultan el correcto abordaje de la DPP, incluso propuestas de cambios en el enfoque.

La entrevista fue registrada mediante una grabadora de voz. Luego se transcribió a papel y posteriormente se realizó la categorización y el análisis. Para realizar la categorización, hemos fijado 3 categorías junto con sus subcategorías con los temas que creemos que serán más importantes; el objetivo de esto es facilitar el análisis tras realizar las entrevistas:

Cat. 1: Idealización de la maternidad.

 Construcción social de la maternidad

 Estigma de la salud mental

 Expectativas de la maternidad

Cat 2: Entorno socio-familiar

Cat. 3: Atención de la salud mental posparto

Cribado universal

Soporte profesional

Detección precoz de la DPP

6.4 Ámbito de estudio

En primer lugar, se contactó con la primera matrona (trabajadora del ASSIR), fue a través de un profesional sanitario de otro centro que nos facilitó el teléfono de esta para acordar día y hora. Posteriormente, conseguimos contactar con la supervisora de las matronas que conforman el equipo en el centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR). Escogimos este centro por tener fácil acceso a ellos y por tener servicios de obstetricia y salud mental en los que se pueden dar casos de nuestro tema, la DPP.

En el primer contacto con la supervisora se le explicó nuestro proyecto y una vez el centro aceptó nuestra propuesta y nos asignó a los profesionales, se procedió a comprobar que efectivamente cumplían los criterios para poder participar en nuestra investigación y pasar así a realizar las entrevistas a los profesionales seleccionados. La supervisora nos facilitó los nombres de las 2 profesionales y acordamos con ella un día y una hora para llevar a cabo las entrevistas.

6.5 Espacio utilizado

El espacio utilizado fue en 2 ocasiones las consultas del ASSIR y en una ocasión una cafetería no concurrida, a conveniencia de las matronas. Se precisó de la autorización mediante un consentimiento informado tanto de las instituciones nombradas anteriormente como de los profesionales que participaron. En este se explicó cómo se lleva a cabo la entrevista y un detallado resumen de nuestros objetivos. Por lo tanto, durante todo el transcurso del proyecto se cumplió con el principio de confidencialidad y anonimato y la información de las entrevistas se utilizó para uso exclusivo del trabajo.

7. DISCUSIÓN

La discusión de esta investigación se presenta en tres apartados: la idealización de la maternidad y sociedad, entorno y familia y atención de la salud mental perinatal e infradiagnóstico. El primer apartado se subdivide en estereotipos que engloba la maternidad y expectativas de la maternidad. El segundo apartado habla de la red de apoyo con la que cuenta la madre y como esta influye en ella. Por último, en el tercer apartado se habla de la detección precoz, el actual protocolo en Cataluña y de los aspectos en atención que creen que podrían mejorarse en el actual sistema sanitario. En todos los apartados se contrasta la información recogida por las matronas entrevistadas, comparando así con la bibliografía recogida.

7.1 Sociedad e idealización de la maternidad

Construcción social de la maternidad

Para empezar, las 3 informantes tienen claro que la DPP es una no adaptación a la nueva situación de la llegada de un bebé a casa. Hacen énfasis en la importancia de diferenciarlo de la tristeza posparto, debiendo ser tratado por las consecuencias en la madre y el niño y requiriendo por tanto de tratamiento y seguimiento por parte de los profesionales correspondientes.

Coinciden en la importancia de la detección de los factores de riesgo o antecedentes que pueden desencadenar una DPP. También afirman la importancia de la vivencia que tienen del parto y como ésta puede influir en ellas de una manera determinante.

Por otro lado, un factor al que hacen mucho énfasis tiene que ver con la idealización de la maternidad. En su opinión, la maternidad se concibe como un estado de plenitud total, y cuando la realidad discrepa de lo esperado, es entonces cuando se produce el choque con la realidad, teniendo repercusiones negativas en las madres.

M1 reflexiona acerca de los trastornos mentales en general que pueden desarrollarse en el posparto. Piensa que quizás el embarazo sea el “catalizador” de lo que una sociedad esconde y que la raíz de todo no está en el propio fenómeno de la maternidad sino en la sociedad.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

Si se analiza cómo se ha ido configurando la idea de maternidad a lo largo del tiempo, desde el feminismo se reflexiona en torno a que existe una falsa idea de igualdad en la que la sociedad no tiene en cuenta las diferentes particularidades de cada mujer y reduce la figura de ser madre a una. Al mismo tiempo, la incorporación de las mujeres al trabajo no ha supuesto el reparto equitativo de las tareas del hogar como se cree. Las mujeres, en muchas ocasiones, tienen que decidir entre elegir ser madres y su trabajo. Por eso, el actual sistema excluye a éstas de la toma de sus propias decisiones. Además, se sigue promoviendo la maternidad más como un objetivo vital y de realización de la mujer que por deseo y libertad de ésta. (53, 54, 55, 56)

Aparte, en los documentos de preparación a la maternidad se siguen manteniendo estereotipos. De igual forma, la maternidad idealizada y utópica continúa presente en publicidad y en discursos políticos y medios. Es curioso analizar también el mensaje de amor filial que se envía a la sociedad a través de estos, un amor simple y sin conflicto, y no un amor ambivalente y complejo. (57)

Cabe decir que la lactancia ha sido una de las grandes revoluciones y logros en pro del empoderamiento de las mujeres. No obstante, se ha configurado la idea de amamantar como la única opción válida de alimentación y de presionar a quien no tome esta opción. M2 insiste en que la lactancia materna claramente supone uno de los factores determinantes en el desarrollo de ansiedad y depresión en las mujeres por que se “criminaliza” a quién no lo elige opción o quién no lo intenta lo suficiente.

En relación con lo anterior, otro de los aspectos a reflexionar es la imperiosa necesidad de querer siempre lo mejor para los hij@s, que lleva de nuevo a culpabilizar a las madres. (58) En este sentido, los miedos en general juegan un papel muy importante en el desarrollo de la DPP. Las 3 informantes nos verbalizan el hecho de que en las mentes de la madre constantemente aparecen dudas de si estarán haciendo bien las cosas. La sociedad las juzga y ellas mismas se juzgan.

En resumen, desde el feminismo se habla acerca de la necesidad de reconstruir la idea que se tiene de la maternidad para empezar a construirla sobre un futuro diferente pues en el actual sistema patriarcal no empodera a las mujeres y no pueden encontrar solución a sus problemas. (59)

Estigma de la Salud Mental

Referente a todo lo anterior las 3 informantes coinciden en que todo lo relacionado con la DPP es un tabú para nuestra sociedad. Aunque se ha visto que actualmente la sociedad ha avanzado mucho, todavía no lo ha hecho lo necesario. Aún existe un enlace entre las enfermedades mentales y el estigma. (60) En la mente de nuestra población no existe el concepto de sentirse triste con la llegada de un bebé. Todo aquello lo que comporta un bebé es felicidad y no está bien percibido que la madre después del nacimiento pueda tener sentimientos contradictorios y dificultades para la adaptación. Es por ello por lo que las madres son reticentes a la hora de exponer los sentimientos, dificultades y emociones que están sintiendo acerca de la llegada del bebé.

Una vez la madre ha sido diagnosticada de DPP, es cuando no es tan sencillo a la hora de explicarlo en su alrededor debido a que actualmente no se trata igual una patología orgánica que una patología mental. Se le atribuye un estigma social y eso provoca sentimientos de inseguridad y miedo a las madres en el momento de contar y verbalizar a los de su entorno su situación. Una de las informantes explica que aún hay mucho trabajo por delante para normalizar la patología mental. Esto conlleva a un bucle, la sociedad no acepta la patología mental, los pacientes no la verbalizan y la explican por tanto la normalización de ésta queda muy lejos. (61)

Expectativas de la maternidad

M2 comenta la existencia de modelos en nuestra sociedad, es decir, en todas partes vemos a madres felices, descansadas, adaptadas a los nuevos cambios y listas para la vida social y laboral después de dar a luz y la realidad no es esa. Por tanto, en las mentes de las madres reales aparecen las dudas de si están haciendo las cosas bien, como se ha mencionado previamente, apareciendo de nuevo sentimientos de frustración cuando no se alcanza lo esperado. En referencia a esto, se ha encontrado que las expectativas sociales y culturales que se tienen acerca de la maternidad se centran en el hecho de que la mujer debe estar feliz y si no es de este modo, se verá culpable por “no sentirse como debería”. María Ángeles Martínez, afirma que muchas mujeres piensan: “Si no me siento así, será que no soy buena madre o será que no lo quiero”. Reivindica también que la mujer tiene derecho a tener momentos de dudas y a sentirse ambivalente. (61, 62)

M2 aporta también el hecho de que una gran parte de la población está acostumbrada a vivir una vida planificada, rígida y muy organizada en la que cuando se le atribuyen cambios cuesta flexibilizar y adaptarse, presentando posibles resistencias y dificultades. La llegada de un bebé a una familia comporta cambios y a estos cambios hay que adaptarse y no siempre en todos los casos es tan sencillo. Madres verbalizan el hecho de no saber adaptarse a las nuevas actividades, nuevos horarios, nueva vida y les dificulta el proceso, facilitando así el surgimiento de sentimientos de ambivalencia y pudiendo desencadenar una DPP. Si a todo esto se le añade la falta de soporte, debido a la primeriza reincorporación laboral paterna, son muchos factores los que juegan un papel en la DPP. La bibliografía hace referencia en la demanda continua de la llegada de un recién nacido y en que este debe ser atendido, tanto si la madre está en condiciones para atender al bebé como si no se encuentra en las mejores circunstancias y como esta situación imposibilita a la madre el poder brindar al recién nacido un cuidado adecuado. (63, 64)

7.2 Entorno socio-familiar

Las 3 matronas en general hacen mucho énfasis en la importancia de la familia. Coinciden en que la familia o pareja juega un papel esencial pudiendo contribuir al desarrollo de una DPP y afirman que lo pueden ver cada día en consulta. En ocasiones éstos juzgan la situación de la madre por desconocimiento e ignorancia, generando principalmente sentimientos de culpabilidad e inutilidad en ella. De la misma forma que la familia o pareja puede contribuir positivamente si conoce los trastornos del estado de ánimo que tienen lugar en el posparto. Por eso coinciden en que se debe generar más conciencia en el entorno familiar y favorecer el vínculo con la futura mamá para que sirvan de apoyo y no de obstáculo. En torno a este hecho, M1 refiere que no hay suficiente conciencia entre profesionales del papel que ocupa la pareja y/o familia, por lo que cree que no se promueve suficiente la vinculación de éstos durante el embarazo.

En este sentido, se han descrito vivencias de las parejas de las mujeres que sufren DPP, quienes describen la situación como un momento de confusión, incompreensión e indeterminación ante una situación no prevista como es la DPP. Por ello, y en consonancia con lo que M1 explica, sería deseable vincular a la pareja durante el embarazo para empoderarla de información y que contribuya positivamente ante la presencia de la DPP en la mujer.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

M2 también comenta que en alguna ocasión ha visto situaciones en las que la pareja quedaba al margen de la situación. La bibliografía refiere que esto puede deberse a desconocimiento, falta de preparación y dificultades en la gestión emocional por parte de la pareja, que ante el hecho de no saber manejar la situación y en un intento de no empeorarla, se aparta del núcleo familiar. (65)

M3 afirma que en ocasiones las madres que sufren DPP no expresan su situación por miedo a otorgar más complicaciones a la relación familiar. Respecto a esto, la bibliografía muestra que las madres encuentran dificultades y muchas complicaciones para expresar sus sentimientos por miedo a complicar más su relación. (66) De acuerdo con esto, llama la atención la manera en cómo se comunican con su entorno social y familiar. Algunas mujeres, ante la presencia de síntomas depresivos y ante la creencia que teniendo estos pueden causarle daño al bebé, preferían callar a hablar con sus parejas sobre sus necesidades y malestares. (67)

Así mismo, la corresponsabilidad en la crianza tampoco se ha logrado: se les responsabiliza únicamente a ellas de la educación de los hij@s. M1 hace mucho hincapié en el hecho de que en la mayoría de los casos las madres no se sienten apoyadas por su pareja debido al egocentrismo masculino que existe en nuestra sociedad. Afirma que mientras esto no cambie, la DPP no decrecerá.

7.3 Atención de la salud mental perinatal

Cribado universal

Las informantes coinciden que con el nuevo protocolo de seguimiento del embarazo y posparto de Cataluña ha mejorado el abordaje de la DPP y esto está permitiendo un cribado más exhaustivo pues gracias a las reevaluaciones continuas puede realizarse un seguimiento longitudinal a lo largo del embarazo y posparto. M1 incluso afirma que desde entonces ha observado más casos, no porque hayan aumentado sino porque ahora se está logrando cribar más eficazmente que antes.

M2 y M3, en cambio, dada su poca experiencia, no encuentran demasiadas diferencias en torno a si el número de madres que se diagnostican con DPP ha aumentado. Cabe destacar también, en alusión a lo que las matronas comentan, que el nuevo protocolo refuerza el papel de la pareja y entorno familiar, promoviendo su participación y velando

por la corresponsabilidad en la crianza.

Soporte profesional

Según las informantes, las madres refieren sentirse respaldadas por el soporte recibido por las matronas. Sin embargo, afirman que, aún dándoles todo el apoyo necesario, seguirán sintiéndose solas debido al problema de sociedad que existe hoy en día. Además, en la sociedad de hoy en día la familia que se estila son las nucleares, en donde a veces la madre no cuenta con una red de apoyo necesaria para poder sobrellevar el posparto y todo lo que conlleva. Así lo afirma M1, quien hace referencia a la necesidad de crear redes de apoyo entre mujeres, simulando así al apoyo que se crea en las familias tribales, quienes no dejan sola a la madre en ningún momento. Defiende que este modelo familiar es conservador y pobre.

La bibliografía referencia que los seres humanos están diseñados para vivir en comunidad, en cambio la modalidad que se encuentra en nuestra sociedad es la de familias nucleares, cómo se explica anteriormente. La psicoterapeuta familiar Laura Gutman afirma en sus libros que actualmente, las mujeres no disponen de una aldea, una comunidad o una tribu en muchas ocasiones así como tampoco con una familia extensa en quien apoyarse. Laura Gutman defiende el hecho de que una mujer necesita crear apoyos extensos para poder crear un vínculo correcto con el bebé, es por eso que defiende los grupos de apoyo y de crianza entre mujeres en los casos en que éstas no dispongan del apoyo necesario en su alrededor. Se trata de redes de mujeres en las que se puedan crear puntos de apoyo para poder respaldarse en las situaciones, hablar con tranquilidad y prestar toda la ayuda necesaria a la madre/mujer que lo necesite. (68, 69)

El psicólogo de familia Miguel Hierro, en referencia con los grupos de crianza y ayuda mutua, defiende el hecho de que en España este tipo de crianza resulta un contraste y que lo desconocido siempre genera dudas en nuestra sociedad y rechazo, es por eso que aún ve lejos la posibilidad de crear redes de apoyo entre mujeres para llevar a cabo la crianza en grupo. Para que se llevara a cabo esto menciona el cambio de mentalidad que debería existir en nuestra sociedad. (70)

Por otro lado, las matronas, opinan que se le sigue dando poco seguimiento e importancia al posparto y por eso creen que su atención es insuficiente. M3 destaca

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

que la atención en el posparto debería aumentarse ya que es un periodo en el que las mujeres se sienten desprotegidas. Cree además que se debería prestar más atención a la tristeza puerperal pues, aunque ésta ocurre de manera fisiológica, puede que enmascare a la DPP u otros trastornos mentales más graves. Es por ello por lo que se debe realizar un seguimiento exhaustivo de la salud mental de la madre también en el posparto. (71)

No obstante, existe recientemente en España un dispositivo específico de intervención hospitalaria, llamado Unidad Madre-Bebé, similar a los existentes en Reino Unido, Francia y Australia. (52)

Detección precoz de la DPP

M3 además opina también que es muy importante tener presente y equiparar la atención psicológica a la física durante todo el embarazo y opina que quizás debe haber más conciencia de esto en los profesionales para no centrarse exclusivamente en la preparación física al parto. Opina que los recursos existentes en la atención en salud mental podrían aumentarse y mejorarse incorporando en el embarazo terapias psicológicas como medida de prevención a la DPP.

No se han encontrado al respecto terapias grupales psicoterapéuticas, pero sí se han documentado experiencias grupales de gestantes en donde las madres explican haberse sentido libres y empoderadas al manifestar libremente sus experiencias. En dichas experiencias grupales que sirvieron para las mujeres como herramienta de apoyo, se logró identificar cambios en el estado de ánimo y en la manera de pensar, ayudando a reconstruir su proyecto de vida. Por ello debería tenerse en cuenta el incorporar este tipo de experiencias grupales en la cartera de servicios de las instituciones públicas de salud pues se ha visto que son una alternativa efectiva y que además no suponen un gran coste para las instituciones. (67)

Por otra parte, se puede decir que las informantes conocen bien cuál es el actual protocolo para pasar en las gestantes y creen que los actuales métodos de detección son eficaces, afirmando además que las madres sí conocen los trastornos de humor que pueden acontecer en el posparto y sí se abren emocionalmente con ellas, por lo que también creen que la satisfacción de las gestantes es alta en relación con el apoyo que se les da.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

No obstante, a pesar de afirmar que las herramientas son las adecuadas y que han mejorado con el nuevo protocolo, varias informantes mencionan la importancia de cómo se pasan los actuales métodos de cribado. Opinan que, si los cuestionarios de cribado no se pasan de manera adecuada, no sirve de nada, pudiendo contribuir en el infradiagnóstico. Es decir, la calidad de la atención prestada al paciente a la hora de pasar los cuestionarios resulta un factor clave en la detección precoz: la forma, las técnicas, el momento, la actitud, la predisposición, la empatía, la cercanía y el permitir verbalizar preocupaciones a las madres influye en los resultados de los cuestionarios. Y no sólo influye esto, también lo achacan a la presión asistencial a la que se ven sometidas por la sobrecarga y el tiempo limitado que tienen para cada una de las gestantes, lo que comporta a que no se puedan llegar a pasar los cuestionarios de la forma adecuada.

Las tres informantes coinciden en la importancia de una detección precoz. Ésta juega un papel muy importante en el buen pronóstico pues permite que se pueda tratar desde los inicios y no cuando ya está instaurada y aparecen complicaciones. Cuando se detecta de una manera precoz, es más sencillo además para concienciar a la familia de lo que está pasando y ofrecerle herramientas al entorno para afrontarlo junto con la madre.

Actualmente, se trabaja de manera multidisciplinar correctamente y esto ha promovido buenos resultados de detección precoz y diagnóstico final. Gracias al nuevo protocolo, afirman que está muy claro el circuito que se debe seguir ante una sospecha de DPP. Las 3 confirman que la matrona es el primer profesional que puede detectar una DPP debido a las consultas posparto programadas. Es por ello, que estas deben tener presente siempre la parte emocional de las madres y abordarlas como se crea necesarias.

8. CONCLUSIÓN

Una vez realizada la investigación acerca de la DPP y todo lo que conlleva, son diferentes puntos los que se han abordado. Durante la realización del trabajo y con las entrevistas llevadas a cabo, nos ha permitido explorar nuevos ámbitos o aspectos poco descritos hasta ahora o de los que no se habla, alcanzando así un conocimiento más amplio del tema tratado.

A lo largo de la discusión queda claro que la maternidad, más allá de lo biológico, es una construcción cultural y social y esto genera preceptos en relación con el fenómeno de ser madre lo que consecuentemente acaba produciendo estereotipos e ideas falsas. Esto puede observarse claramente en la DPP, en donde se ha demostrado la gran influencia de los factores psicosociales en su desarrollo, incluso por encima de los factores biológicos y hormonales. Por otro lado, debe tenerse en cuenta la ambigüedad entre el “deber de ser madre” y el “deseo de ser madre”, ya que la maternidad desarrolla nuevos roles pero también bloquea otros como el laboral o profesional de la madre.

Por otro lado, el infradiagnóstico asociado a la DPP puede atribuirse al estigma y temor que tienen las madres a ser juzgadas, a la poca conciencia entre profesionales sanitarios de la importancia de la salud mental, a la poca inversión del sistema en este ámbito y también al poco peso que se le da a la atención en salud mental en el posparto. Actualmente, la DPP cuenta con un doble estigma, es decir, el estigma por tratarse de una patología mental junto con el hecho de no sentirse y encontrarse bien durante un periodo que se concibe como un periodo de plenitud.

Si continuamos analizando el infradiagnóstico, durante la investigación se ha visto que a pesar de afectar a un porcentaje de mujeres muy alto, son pocas las investigaciones realizadas en el territorio español, otorgando esto dificultades para actualizarse e informarse de novedades y nuevos proyectos para abordar la DPP. No obstante, el nuevo protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña ofrece novedades orientadas a mejorar la salud mental perinatal de las mujeres.

En Cataluña, la detección precoz de trastornos mentales perinatales con el nuevo protocolo parece ser más exhaustivo y eficaz, las matronas así lo afirman. En este sentido, la gran ventaja que ofrece respecto al anterior es la de un seguimiento y

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

reevaluación longitudinal.

Tener presente la salud mental perinatal durante el embarazo y posparto así como los factores de riesgo para una DPP es una estrategia de detección precoz simple y efectiva. Es por eso, que actualmente los profesionales más adecuados para detectar indicios de depresión posparto, son las matronas ya que son las que realizan el seguimiento más cercano durante el embarazo y posparto. Éstas cuentan con la formación adecuada y están capacitadas para ello.

Sería reseñable mencionar también la importancia de la familia y el entorno en la secuencia del posparto. La familia juega un papel muy importante que a veces se pasa por alto y desde la atención sanitaria hay que promover la implicación de la familia pues la pareja, en un intento de no empeorar la situación, decide apartarse de la situación por desconocimiento de la enfermedad. También sucede que las mujeres con DPP tienen dificultades para comunicar sus emociones con su entorno o pareja, relacionado también esto con la incomprensión que ésta siente y ante el miedo a ser juzgada. Por eso hay que tratar de empoderar de información también a la pareja, con objeto de que esté capacitada para la identificación y el manejo.

En conclusión y respondiendo a la hipótesis inicialmente planteada, se puede afirmar que sí existen factores sobre los que se puede actuar. A pesar de que el nuevo protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña ha incluido importantes mejoras en salud mental perinatal, como así lo expresan las matronas entrevistadas, podría aun mejorarse incluyendo terapias grupales durante el embarazo, entendido como un espacio de libertad donde pueden generarse cambios eficaces en el estado de ánimo y en la manera de afrontar la vida. Como también se ha comentado, la normalización de las patologías mentales y el fomentar la vinculación de la pareja y entorno pueden ser claves para que las mujeres verbalicen así sus necesidades y malestares, previniendo una DPP.

Finalmente, la salud mental perinatal no debe ser olvidada tampoco por los profesionales sanitarios, debiendo aumentarse la sensibilización y formación entre estos. También es deseable un cambio en el enfoque de las actuales guías de buenas prácticas pues en su mayoría se limitan a aspectos físicos. Otro aspecto a mejorar es la creación de más dispositivos específicos como la ya implementada en Barcelona Unidad Madre-Bebé.

8.1 Limitaciones y propuestas de mejora

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones en este trabajo, en primer lugar, nos encontramos con la alta subjetividad pues es un tema que suscita polémica, en el que cada una ha expresado su opinión en función no tan sólo de sus vivencias en la consulta sino de sus creencias y valores.

Otro aspecto ha sido el hecho que tan sólo 1 de las 3 informantes dice tener experiencia en el tema, por el contrario, los otros 2 cuentan con poca experiencia en la práctica por su escasa experiencia laboral como matronas en un centro de atención primaria para la mujer.

Por último, durante la realización del trabajo nos hemos encontrado con la falta de estudios previos de investigación respecto al tema. Además, en España la salud mental perinatal queda relegado en un segundo plano y en comparación con otros países los estudios son muy limitados.

Líneas de mejora

Respecto a líneas de mejora, se hubiera podido investigar más acerca de cómo es el manejo y abordaje en otras regiones del país pues sólo se ha consultado el Protocolo de Seguimiento del Embarazo en Cataluña.

Por otro lado, también nos gustaría haber podido contar con más testimonios de matronas con experiencia para poder trabajar con un marco de información más amplio. De la misma forma hubiera sido interesante contar con una entrevista grupal entre matronas en el que se formara un debate y surgieran nuevas ideas.

9. PLAN DE TRABAJO. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEP 18	OCT 18	NOV 18	DIC 18	ENE 19	FEB 19	MAR 19	ABR 19	MAY 19
BÚSQUEDA TEMA									
ELECCIÓN DEL TEMA									
ELECCIÓN DEL TÍTULO									
BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN									
SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN									
FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS									
OBJETIVOS									
MARCO TEÓRICO									
METODOLOGÍA									
REALIZACIÓN ENTREVISTAS									
TRANSCRIPCIÓN INFORMACIÓN									
ANÁLISIS DE ENTREVISTAS									
CONCLUSIONES									
DISCUSIÓN									
REALIZACIÓN BIBLIOGRAFIA									
INFORME FINAL									
POWER POINT									
EXPOSICIÓN ORAL									
PROYECTO FINAL ESCRITO									

10. BIBLIOGRAFIA

1. Gómea AE. Depresión en el embarazo y el posparto Síntomas, epidemiología y tratamiento farmacológico. *Ámbito Farmacéutico (Educación Sanitaria)* [Internet]. 2007 [consultado 20 de enero de 2019];26(1):44-53. Disponible en: <https://docplayer.es/17598568-Depresion-en-el-embarazo-y-el-posparto-sintomas-epidemiologia-y-tratamiento-farmacologico.html>
2. Torres A, Garcia LL (dir), Subirà S (dir). Depresión posparto, hostilidad y hábitos de salud [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Autònoma de Barcelona; 2013 [consultado 30 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gat1de1.pdf?sequence=1>
3. Carro T, Sierra JM, Hernández M J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto *Medicina General y de Familia* [internet]. 2000 [consultado 17 enero 2019];24:452-6. Disponible en: <http://www.medicinageneral.org/mayo-2000/452-456.pdf>
4. Kupfer DJ, Regier D, Arango C, Ayuso J, Vieta E, Lifante A. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ed (DSM-V). Arlington-EE.UU: Panamericana; 2014.
5. Mora M. Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica* [Internet]. 2016 [consultdo 16 de enero de 2019];620:511-514. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>
6. Oviedo GF, Mondragón V. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* [Internet]. 2006 [consultado 19 de enero de 2019];47(2):131-140. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>
7. Gómez MS. Patología psiquiátrica en el puerperio. Psicosis puerperal. *Rev Neuro- Psiquiatría* [Internet]. 2002 [consultado 20 de enero de 2019]; 65:32-46. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1505/1533>

8. Depressió. Canal Salut. Generalitat de Catalunya [Internet]. 2008 [consultado 19 de enero de 2019]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/D/depressio/documents/conviure_amb_la_depressio.pdf
9. Beck C. Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res [Internet]. 2001 [consultado 19 de enero de 2019];50(5):275-285. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/5f1d/4110299a6342ab8d1c21130d0635f976d66f.pdf>
10. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Medigraphic [Internet]. 2013 [consultado 20 de enero de 2019]; 27(3):185-193. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
11. Orejarena S. Trastornos afectivos posparto. MedUNAB [Internet]. 2004 [consultado 21 de enero de 2019];7(29):134-139. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/232>
12. Kennedy HP, Beck CT, Driscoll JW. Una luz en la niebla: cuidado en las mujeres con depresión posparto. Matronas profesión [Internet]. 2003 [consultado 23 de enero de 2019];4(13):4-18. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/7354/173/una-luz-en-la-nieblacuidados-en-las-mujeres-con-depresion-pospart>
13. Vargas MJ, García JM. Depresión posparto: Presencia y manejo psicológico. Centro regional de investigación psicología [Internet]. 2009 [consultado 19 de enero de 2019]; 3(1):11-18. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/43_depresion_posparto_presencia_manejo_psicologico.pdf

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

14. Klompenhouwer JL, van Hulst AM. Classification of postpartum psychosis: a study of 250 mother and baby admissions in the Netherlands. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2005 [consultado 20 de enero de 2019];84(1):255-61. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiuica/V65_n1/pdf/patologia_psiuica.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/V65_n1/pdf/patologia_psiuica.pdf)
15. Yozwiak A. Postpartum depression and adolescent mothers: a review of assessment and treatment approaches. J. Pediatric [Internet]. 2010 [consultado 21 de enero de 2019];238(1):172-178. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318809003040>
16. Pascual J, López M (dir). Prevención para la disminución de la depresión posparto (trabajo de fin de grado en Internet). (Barcelona): Universidad Pompeu fabra; 2014 [consultado 21 de enero de 2019]. Disponible en: https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/24618/Pascual_2015.pdf?sequence=123
17. La depresión posparto puede estar influenciada por el momento del año en que la madre tiene al hijo [Internet]. Estados Unidos: infobae; 2017 [consultado 29 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/eeuu/2017/10/28/revelan-que-la-depresionpostparto-puede-estar-influenciada-por-el-momento-del-ano-en-que-la-madretiene-al-hijo/>
18. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su y abordaje [Internet]. Rev Med Chile [Internet]. 2015 [consultado el 30 de enero de 2019];143:887-894. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n7/art10.pdf>
19. Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy sistematic review. Obstet Gynecol [Internet]. 2004 [consultado 20 de enero de 2019];103(1):10-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15000000>

- 2019];103(4):698-709. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895310/>
20. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of post-natal depression. British journal of psychiatry [Internet]. 1995 [consultado 20 de enero de 2019];166(2):191-195. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/15471550_Course_and_Recurrence_of_postnatal_depression_Evidence_for_the_Specificity_of_the_Diagnostic_Concept
21. Jadresic E. Depresión posparto. Medwave [Internet]. 2004 [consultado 20 de enero de 2019]; 4(9):19-22. Disponible en:
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922?ver=sindisenio>
22. Buttner M, Mott S, Pearlstein T, Scott M, Caron P, Ohara M. Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. Arch. Womens Mental Health [Internet]. 2014 [consultado 1 de febrero de 2019];16 (3):219-222. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663927/>
23. Austin MP. Targeted group prevention of postnatal depression: a review. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2003 [consultado 20 de enero de 2019];107:244-250. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12662246>
24. The American College of Obstetricians and Gynecologists. La depresión después del parto. Patient education. Womens health. 2002.
25. Buttner M. Maternal beliefs about the reputed therapeutic uses of sun exposure in infancy and the postpartum period. Arch Womens Mental Health [Internet]. 2005 [consultado 25 de enero de 2019];16(3):219 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663927/>
26. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of

antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. [Internet]. 2016 [consultado 20 de enero de 2019];191:62-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26650969>

27. Olhabery M, Romero M, Miranda A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *SUMMA Psicológica UST* [Internet]. 2015 [consultado 3 de febrero de 2019];12(1):77-87. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>

28. Hwa-Froelich D, Loveland C, Flick L. Maternal Sensitivity and Communication Styles: Mothers With Depression. *Journal of Early Intervention* [Internet]. 2008 [consultado 3 de febrero de 2019]; 31(1),44–66. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1053815108324754>

29. Cohn J, Matias R, Tronick E, Connel D, Lyons K. Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *Developmental Psychology* [Internet]. 1990 [consultado 4 de febrero de 2019];26(1). Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.26.1.15>

30. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de mujeres deprimidas en el postparto. *Revista Médica Chilena* [Internet]. 2010 [consultado 20 de enero de 2019];138(5):536-42. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872010000500002

31. Quezada V, Santelices MP. Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Rev Latinoamericana de Psicología* [Internet]. 2010 [consultado 4 de febrero de 2019];42(1):53-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880005.pdf>

32. Clout D, Brown R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2015 [consultado 30 de enero de 2019];188:60-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26342890>

33. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas de profesión [Internet]. 2006 [consultado 16 de enero de 2019];7(4):5-11. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol7n4pag5-11.pdf>
34. Bernal E. Intervenciones multidisciplinarias en la depresión postparto. Educare [Internet]. 2012 [consultado 16 de enero de 2019];10(8):1. Disponible en:[https://encuentra.enfermeria21.com/encuentraresultados/?option=com_encuentra&ask=showResult&q=Depresión%20Posparto%20\(DPP\)&search_type=10&id_pub_grp=0](https://encuentra.enfermeria21.com/encuentraresultados/?option=com_encuentra&ask=showResult&q=Depresión%20Posparto%20(DPP)&search_type=10&id_pub_grp=0)
35. Kim J. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. Expert Opinion on Pharmacotherapy [Internet]. 2014 [consultado 16 de enero de 2019];15(9):1223-1234. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4073803/>
36. Jadresic, E. Depresión perinatal: detección i tratamiento. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2014 [consultado 17 de enero de 2019];25(6):1019-1028. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864014706510/1-s2.0-S0716864014706510-main.pdf?_tid=10e4295a-46f9-4abd-8a25-6acfd5a97c&acdnat=1551642213_0dac4c50ced4b5e47441ffea4a7bd79e
37. Correa, A. Depresión y estrógenos: ¿son los estrógenos una opción terapéutica?. Univ Médica [Internet]. 2007 [consultado 21 de enero de 2019];48. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2310/231018668008/>
38. Arranz LC, Aguirre W, Ruiz J, Gaviño S, Cervantes JF, Carsi E, Camacho M, Ochoa MG. Enfoque multidisciplinario en la depresión posparto. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2008 [consultado 23 de enero de 2019];76(6):341-8. Disponible en: http://nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2008/numero%206/caso_clinico_2.pdf
39. Arbat A, Danés I. Depresión posparto. Fundació Institut Català de Farmacologia,

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

Servei de Farmacologia Clínica. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron [Internet]. 2003 [consultado 21 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/preres/preres21.pdf>

40. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. 2010 [consultado 23 de enero de 2019]; 48(4):269-278. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500003&script=sci_arttex

41. Dois EMA. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012 [consultado 23 de enero de 2019];38(4):576-586. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog124p.pdf>

42. Neiman S, Carte S, Van Sell S, Kindred C. Best practice for the nurse practitioner regarding, screening, prevention and management of postpartum depression. Critical Care Nursing Science Quarterly [Internet]. 2010 [consultado 23 de enero de 2019]; 33(3):212-8. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/feb1/e98580911f5ad1d03307ff27e9d0e2fba9e9.pdf>

43. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Pía M, Farkas C. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Ter Psicol [Internet]. 2013 [consultado 23 de enero de 2019];31(2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000200011&script=sci_arttext&tlng=en

44. Carter A, Garrity-Rokous E, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan M. Maternal depression and comorbidity: predicting early parenting, attachment security and toddler social-emotional problem and competencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2001 [consultado 23 de enero de 2019];40:18-26. Disponible en: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)60811-X/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)60811-X/pdf)

45. Beck CT, Gable RK. Postpartum depression screening scale: development and testing. Nurs Res [Internet] 2000 [consultado 30 de enero de 2019]; 49: 272-282.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

46. Beck CT. Screening methods for postpartum depression. JOGNN [Internet]. 2005 [consultado 30 de enero de 2019];24:308-312. Disponible en: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)33250-0/abstract](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)33250-0/abstract)

47. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry [Internet]. 1987 [consultado 30 de enero de 2019];150:782-786 . Disponible en: https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

48. Garcia Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edinburgo. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2018 [consultado 30 de enero de 2019]; 46(5):174-82. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/115/ESP/20-115-ESP-174-82-933035.pdf>

49. Suárez-Varela I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. NURE Inv. [Internet]. 2012 [consultado 1 de febrero de 2019];9(60):21. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594/583>

50. Depresión posparto. IRANCES [Internet]. 2015 [consultado 1 de febrero de 2019]; 7(3): 499-508. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS%2007_3_10.pdf

51. Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 3ª. Barcelona: Departament de Salut; 2018.

52. El Clínic pone en marcha un Hospital de Día para madres con trastornos mentales que acaban de tener un hijo [Internet]. Barcelona: Clínic Barcelona Hospital Universitari; [actualizado 20 Marz 2018; consultado 27 de abril de 2019]. Disponible en: <http://blog.hospitalclinic.org/es/2018/03/el-clinic-pone-en->

[marcha-un-hospital-de-dia-para-
madres-con-trastornos-mentales-que-acaban-de-
tener-un-hijo/](#)

53. Molina ME. Transformaciones históricas culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la Identidad de la mujer. PSYKHE [Internet]. 2006 [consultado 18 de mayo de 2019];15(2)_93-103. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=s0718-22282006000200009&script=sci_arttext

54. Arregui L. Maternidad, paternidad y género. Otras miradas [Internet]. 2004 [consultado 17 de mayo de 2019];4(2):92-98. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/183/18340203/>

55. Saletti L. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Clepsydra [Internet]. 2008 [consultado 17 de mayo de 2019];7:169-184. Disponible en: http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/14802/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf;jsessionid=D6BF757251E8CD950BE92495FAD7614A?sequence=1

56. Pizzinato A. Identidad, maternidad y feminilidad. Psico [Internet]. 2007 [consultado 17 de mayo de 2019];38(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161628>

57. Alvarado, K. Concepciones acerca de la maternidad en la educación formal y no formal. Actualidades investigativas en educación. 2005 [consultado 24 de abril de 2019]; 5(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44750109.pdf>

58. Gorzi A. “La lactancia materna”. Una crítica razonada del mandato de la lactancia. Política de identidad [Internet]. 2018 [consultado 27 de abril de 2019];44. Disponible en: <http://www.trasversales.net/t44alexa.htm>

59. Alcalá I. Feminismo y maternidades en el siglo XXI. Dilemata [Internet]. 2015 [consultado 27 de abril de 2019];18:63-81. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106934>

60. Aretio A. Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. Cuaderno de trabajo social [Internet]. 2010 [consultado 24 de abril de 2019]; 23: 289-300. Disponible en: http://www.ub.edu/hscatreballsocial/sites/default/files/pdfs/recursos/aretio_una_mirada_social_al_estigma_de_la_enfermedad_mental.pdf
61. Alvarado, K. Concepciones acerca de la maternidad en la educación formal y no formal. Actualidades investigativas en educación [Internet]. 2005 [consultado 24 de abril de 2019]; 5 (1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/447/44750109.pdf>
62. La maternidad está muy idealizada [Internet]. España: ABC; 2019. [consultado 25 de abril de 2019]. Disponible en: https://www.abc.es/espana/castilla-la-mancha/toledo/abci-maternidad-esta-idealizada-201901211033_noticia.html
63. La maternidad está idealizada: es necesario hablar de sus aspectos negativos [Internet]. España: La Vanguardia; 2018 [consultado 24 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/cine/20181114/452905281237/motherhood-entrevista-laura-garcia-andreu-maternidad-idealizada.html>
64. García L, Peris I. [M]otherhood [Video File]. 2018. [consultado 25 de abril de 2019].
65. Barbosa MA, Rodrigues S, Margareth A. Experiencias y significados de la depresión posparto de mujeres en el contexto familiar. Enferm global [Internet]. 2016 [consultado 17 de mayo de 2019];15(42). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009
66. Frizzo GB, Brys I, Lopes RCS, Piccini CA. Conjugalidades en contexto de depresión posparto. Aletheia [Internet]. 2010 [consultado 17 de mayo de 2019];31(66-81. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100007

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

67. Chávez M, Hernández A. Experiencia grupal de madres embarazadas y en etapa de posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2008 [consultado 26 de abril de 2019];22:270-278. Disponible en: <httpswww.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip084c.pdf>
68. Gutman L. *El poder del discurso materno*. España: Nuevo extremo; 2016.
69. Gutman L. *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. España: Planeta; 2003.
70. Hierro M. Construyendo el espacio de medicación infrajudicial. *Edu psykhé* [Internet]. 2011 [consultado 25 de abril de 2019];10(2):313-326. Disponible en: [cap7 vol10-2.qxp - Dialnethttps://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3896812.pdf](http://cap7.vol10-2.qxp - Dialnethttps://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3896812.pdf)
71. Flores M. La salud mental en la mujer embarazada. *PRH* [Internet]. 2013 [consultado 26 de abril de 2019];27(3):143-144. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a1.pdf>

11. ANEXOS

11.1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación de una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Laura Mena Almazán y Yolanda Villacorta Aparicio, de la Universidad Rovira i Virgili, Tarragona. La finalidad de este estudio es conocer la percepción de las matronas acerca del infradiagnóstico de la depresión posparto, es así que necesitamos la participación de estos para cumplir con nuestros objetivos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja durante la entrevista será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera del ámbito académico. Sus respuestas serán anónimas, siendo codificadas con un número. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán eliminadas. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas o bien, no quiere responderlas por una justificación personal, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Laura Mena Almazán y Yolanda Villacorta Aparicio.

He sido informado de la finalidad de esta entrevista y de todos mis derechos.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha:

11.2 Inventario de depresión beck

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo

11.3 EPDS

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando

Infradiagnòstic de la depressió postparto: percepció de les matrones

respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS). Extraído de Protocolo de seguimiento del embarazo de Cataluña.

1. He estat capaç de riure i veure el costat divertit de les coses: a) Igual que sempre b) Ara, no tant com sempre c) Ara, molt menys d) Gens	Puntuació 0 1 2 3
2. He mirat les coses amb il·lusió: a) Igual que sempre b) Una mica menys del que és habitual en mi c) Bastant menys del que és habitual en mi d) Molt menys que abans	0 1 2 3
3. M'he culpant innecessàriament quan les coses han sortit malament: a) Sí, la major part del temps b) Sí, de vegades c) No gaire sovint d) No, mai	3 2 1 0
4. M'he sentit nerviosa o preocupada sense motiu: a) No, en cap moment b) Gairebé mai c) Sí, de vegades d) Sí, molt sovint	0 1 2 3
5. He sentit por o he estat espantada sense motiu: a) Sí, bastant b) Sí, de vegades c) No, no gaire d) No, gens ni mica	3 2 1 0
6. Les coses m'han angoixat: a) Sí, la majoria de vegades no he estat capaç d'afrontar-les b) Sí, de vegades no he estat capaç d'afrontar-les tan bé com sempre c) No, la major part de vegades les he afrontat força bé d) No, he afrontat les coses tan bé com sempre	3 2 1 0

Infradiagnòstic de la depressió posparto: percepció de les matrones

7. M'he sentit tan infeliç que he tingut dificultats per dormir:	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, de vegades	2
c) No, no gaire sovint	1
d) No, en cap moment	0
8. M'he sentit trista o desgraciada:	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, força sovint	2
c) No gaire sovint	1
d) No, en cap moment	0
9. M'he sentit tan infeliç que he estat plorant:	
a) Sí, la major part del temps	3
b) Sí, força sovint	2
c) Només en alguna ocasió	1
d) No, en cap moment	0
10. He tingut pensaments de fer-me mal:	
a) Sí, força sovint	3
b) De vegades	2
c) Gairebé mai	1
d) En cap moment	0

11.4 Cuestionario de Whooley (NICE 2014)

Durante el último mes

Se ha sentido de costumbre baja de ánimo, deprimida o desesperanzada?

Ha sentido de costumbre que ha perdido el interés o el placer por las cosas?

Se ha sentido nerviosa, ansiosa o desbordada?

Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?

11.5 Cribado para la detección de depresión y/o ansiedad del Protocolo de Seguimiento de Embarazo en Cataluña.

