

**Raúl Cuaresma Fernández
Estela Ontoria Soriano**

**ROL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN PERINATAL: DETECCIÓN Y
ABORDAJE**



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Inés Sombrero Torres

Grado de Enfermería, Campus Catalunya

Curso 2022-2026

Agradecimientos

En primer lugar, nos gustaría expresar nuestro más sincero agradecimiento a la persona que ha tutorizado este proyecto, Inés Sombrero, por su implicación, cercanía y dedicación constante a lo largo de todo el proceso. Gracias por guiarnos con paciencia, por compartir con nosotros su experiencia profesional en el ámbito de la salud mental materna y por confiar en nuestro trabajo desde el principio. Este proyecto no habría sido posible sin su apoyo y acompañamiento.

Asimismo, queremos agradecer a todo el profesorado implicado en la asignatura del Trabajo de Final de Grado, por compartir sus conocimientos de investigación para que nuestro proyecto tuviera una base metodológica y ética firme.

A nuestras familias, gracias por ser nuestro apoyo incondicional durante todos estos años. Gracias por darnos la oportunidad de estudiar lo que más nos gusta y poder acercarnos más a lo que soñábamos con ser de pequeños. Gracias por acompañarnos en los momentos de mayor esfuerzo, por animarnos y confiar en nosotros cuando ni siquiera nosotros mismos lo hacíamos y por celebrar cada pequeño logro.

Por último, queremos agradecer al Grado de Enfermería todo lo que nos ha aportado a lo largo de esta etapa. Nos ha enseñado a cuidar desde la empatía, a escuchar con atención, a acompañar desde la humanidad en los momentos más difíciles. Además, nos ha regalado vínculos, aprendizajes y experiencias que permanecerán siempre con nosotros. Nos llevamos no solo una formación académica, sino también un crecimiento humano y personal que sin duda marcará nuestro futuro.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	8
• Objetivo general	8
• Objetivos específicos	8
3. HIPÓTESIS	8
4. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	9
5.1. Síntomas comunes	10
5.2. Incidencia autonómica, nacional y internacional	11
5.5.1. Atención escalonada	13
5.5.2. Promoción y prevención	14
5.6. Cambios físicos, hormonales y emocionales	20
5.7. Consecuencias	21
5.8. Cheryl Tatano Beck y la teoría de la depresión postparto	22
5. METODOLOGÍA	25
6. RESULTADOS	29
7. DISCUSIÓN	41
8. CONCLUSIONES	46
9. LIMITACIONES	47
10. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	47
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
12. ANEXOS	53

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme España

DPP: Depresión Postparto

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

EPDP: Escala de Predictores de Depresión Periparto

EPDS: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

FDA: Food and Drug Administration

GABA-A: Receptor ácido gamma-aminobutírico tipo A

GAD7: Generalized Anxiety Disorder-7

HAMA: Hamilton Anxiety Rating Scale

HAMD: Hamilton Depression Rating Scale

HCG: hormona gonadotropina coriónica

HPL: Lactógeno placentario humano

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

IC: Grupo de control

IG: Grupo de intervención

OMS: Organización Mundial de la Salud

PDPS: Peripartum Depression Predictors Scale

PDSS: Postpartum Depression Screening

PHQ: Patient Health Questionnaire

PICO: Population, Intervention, Comparison and Outcome

PPB: *Postpartum blues*

PPD: *Postpartum depression*

PPQII: Perinatal Post Traumatic Stress Disorder Questionnaire-II

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index

SMI: Salud mental materno-infantil

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

RESUMEN

La depresión perinatal es un trastorno de salud mental que puede aparecer durante el embarazo o un año posterior al parto, constituyendo actualmente un importante problema de salud pública. Este período, caracterizado por cambios biológicos, psicológicos y sociales, supone una etapa de especial vulnerabilidad. Existen diversos factores de riesgo, como antecedentes de depresión, complicaciones obstétricas o condiciones sociales desfavorables, que pueden fomentar su aparición o empeoramiento. Asimismo, los cambios hormonales y emocionales propios del embarazo influyen en el estado de ánimo y pueden generar ansiedad, miedo o inseguridad en relación con la maternidad y todo lo que conlleva esta nueva etapa. Las consecuencias de la depresión perinatal son significativas, afectando a la calidad de vida de la madre, sus relaciones interpersonales y su capacidad de cuidado. Además, puede repercutir negativamente en el desarrollo físico, emocional y cognitivo del bebé, dificultando el establecimiento de un vínculo afectivo seguro y aumentando el riesgo de problemas en la infancia.

La intención de este trabajo es conocer la depresión postparto y revisar cuál es el papel de enfermería. Con tal de dar forma al trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, usando artículos primarios para los resultados. Tras el análisis se ha concluido que se podría reducir la prevalencia y la incidencia mediante un uso reglado de las herramientas de cribado, fundamentales para identificar casos de riesgo y permitir una intervención temprana. Por lo que, la promoción de la salud mental, el apoyo social y las intervenciones educativas y de enfermería desempeñan un papel clave en la prevención y el abordaje de este trastorno.

En conclusión, la depresión perinatal requiere un enfoque integral que incluya prevención, detección precoz e intervención multidisciplinar, con el objetivo de minimizar sus efectos y mejorar el bienestar materno-infantil.

Palabras clave: “depresión posparto”; “rol de la enfermera”; “factores de riesgo”; “herramientas de detección”; “diagnóstico precoz”; “subdiagnóstico”; “salud mental materna”.

ABSTRACT

Perinatal depression is a mental health disorder that can appear during pregnancy or up to a year after childbirth, currently constituting a significant public health problem. This period, characterized by biological, psychological, and social changes, represents a stage of particular vulnerability. Several risk factors, such as a history of depression, obstetric complications, or unfavorable social conditions, can contribute to its onset or worsening. Likewise, the hormonal and emotional changes inherent in pregnancy influence mood and can generate anxiety, fear, or insecurity related to motherhood and all that this new stage entails. The consequences of perinatal depression are significant, affecting the mother's quality of life, her interpersonal relationships, and her ability to provide care. Furthermore, it can negatively impact the baby's physical, emotional, and cognitive development, hindering the establishment of a secure attachment and increasing the risk of problems in childhood.

The aim of this work is to understand postpartum depression and review the role of nursing. To shape this work, a systematic literature review was conducted, using primary articles for the results. The analysis concluded that the prevalence and incidence of perinatal depression could be reduced through the standardized use of screening tools, which are essential for identifying at-risk cases and enabling early intervention. Therefore, mental health promotion, social support, and educational and nursing interventions play a key role in the prevention and management of this disorder.

In conclusion, perinatal depression requires a comprehensive approach that includes prevention, early detection, and multidisciplinary intervention, with the aim of minimizing its effects and improving maternal and infant well-being.

Keywords: “postpartum depression”; “nurse’s rol”; “risk factors”; “screening tools”; “early diagnosis”; “underdiagnosis”; “maternal mental health”.

1. INTRODUCCIÓN

La perinatalidad comprende el período desde el inicio del embarazo hasta un año después del parto. Durante esta etapa se producen cambios a nivel biológico, psicológico y social en las mujeres, lo que convierte este intervalo de tiempo en un momento de vulnerabilidad. En algunos casos, dichos cambios pueden llegar a generar comportamientos, sentimientos e incluso pensamientos semejantes a la sintomatología de la depresión.¹

Además, la maternidad implica adquirir un nuevo rol social, que conlleva una importante carga de responsabilidad en la madre. A ello se suman determinados factores de riesgo como padecer diabetes mellitus gestacional, el uso de epidural en el alumbramiento o antecedentes de depresión, entre otros, que aumentan la probabilidad de desarrollar depresión perinatal.²

Según el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) la depresión perinatal se define como un trastorno depresivo mayor de episodio único con especificador de inicio en el periparto, ampliando el término a la depresión posparto (DPP) durante el embarazo y las cuatro semanas posteriores al nacimiento, con diversas consecuencias tanto para la madre como para el recién nacido.³

La mujer padece una repercusión negativa en la calidad de vida, afectando a las relaciones interpersonales, la salud mental, la sexualidad y otros aspectos como el aumento del riesgo de consumo de sustancias o de conducta suicida. Por parte del recién nacido, se encuentran repercusiones físicas como menor peso y talla en el primer mes de vida, mayor riesgo de padecer trastornos del sueño, alteraciones en el desarrollo en la función motora y cognitiva, así como dificultades en el establecimiento del vínculo madre-hijo, entre otros.⁴

En la actualidad constituye un problema importante de salud pública. En España, se estima que afecta aproximadamente a un 15% de las mujeres, en primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35%.⁵ A pesar de su alta prevalencia existe una falta de visibilización y programas eficientes para detectar, evaluar y abordar de forma eficaz la depresión perinatal materna. Además, se suma el bajo conocimiento y estigma asociado a los trastornos de salud mental. Por todo ello, resulta fundamental abordar esta patología bajo este enfoque, con el objetivo de reconocer y evaluar los distintos métodos de detección disponibles y contribuir a la reducción de su infradiagnóstico.⁶

2. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

Analizar la intervención de la enfermería en la prevención, detección, acompañamiento y abordaje de la depresión perinatal.

- **Objetivos específicos**

1. Conocer qué es la depresión perinatal.
2. Describir los principales factores de riesgo y signos de alarma.
3. Revisar las herramientas de cribado, escalas e instrumentos de detección, utilizadas por enfermería.
4. Valorar los planes de intervención preventivos actuales.

3. HIPÓTESIS

El infradiagnóstico de la depresión perinatal está asociado a la falta de la aplicación sistemática de las herramientas de cribado, al estigma social y la insuficiente formación de los profesionales sanitarios; por lo que una intervención enfermera basada en escalas validadas y un abordaje evidenciado clínicamente, puede detectar y/o disminuir los síntomas depresivos en las mujeres durante el proceso de gestación y postparto.

4. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

La depresión perinatal es un término que engloba los trastornos depresivos que aparecen durante el embarazo (depresión prenatal) y tras el parto (depresión postparto o DPP)⁷, que suele comenzar en las primeras cuatro semanas posteriores al nacimiento, aunque también puede ocurrir durante el primer año postparto⁸. Incluye síntomas parecidos a los de otros cuadros depresivos. Pueden confundirse con síntomas propios del embarazo, dando lugar a una dificultad en el diagnóstico de la depresión perinatal. Se pueden incluir otros factores que influyen en el infradiagnóstico de este trastorno, algunos de ellos son:

- i) estigma asociado a la depresión maternal
- ii) entrenamiento insuficiente en la detección de síntomas y de los factores de riesgo por parte del equipo de salud
- iii) falta de recursos
- vi) falta de instrumentos específicos para medir la depresión prenatal⁹

Diversos estudios definen *maternity blues*, también denominado *baby blues* o tristeza posparto, como una alteración transitoria del estado de ánimo que ocurre durante los primeros días posteriores al parto. A diferencia de la depresión posparto presenta una duración acotada de máximo dos semanas, sin llegar a producir un deterioro funcional significativo ni interferir de forma grave en el cuidado del recién nacido. Esta alteración se caracteriza por síntomas depresivos leves como irritabilidad, ansiedad, llanto, ambivalencia emocional e inestabilidad del estado de ánimo, con un pico de intensidad entre el tercer y el quinto día posparto.¹⁰

La mayoría de las mujeres solamente necesitan un leve apoyo a nivel social y un buen acompañamiento asistencial. Aquellas que experimentan muchas dificultades durante tiempo prolongado necesitarán apoyo adicional, ya sea dentro de los servicios de SMI o de un especialista en atención a la salud mental.¹¹

5.1. Síntomas comunes

Los síntomas de la depresión posparto son similares a los de la depresión mayor y pueden incluir:

- Tristeza extrema
- Cambios de humor
- Llanto incontrolable
- Insomnio o sueño excesivo
- Pérdida o exceso del apetito
- Irritabilidad e ira
- Cefaleas y dolores corporales
- Cansancio extremo
- Preocupaciones poco realistas sobre el bebé o desinterés
- Una sensación de ser incapaz de cuidar el bebé o de ser inadecuada como madre
- Temor de dañar al bebé
- Culpa por sus sentimientos
- Ideación suicida
- Ansiedad o ataques de pánico

Normalmente, los síntomas aparecen de manera insidiosa durante 3 meses, pero el inicio puede ser más repentino.

La depresión posparto interfiere con la capacidad de la mujer de cuidar de sí misma y su bebé. Las mujeres pueden no sentirse unidas con sus bebés, lo que produce problemas emocionales, sociales y cognitivos en el niño más adelante.

Las parejas también pueden tener un mayor riesgo de depresión, y la depresión en cualquiera de los padres puede provocar estrés en la relación.

Sin tratamiento, la depresión posparto puede resolverse espontáneamente o volverse crónica.

Otros trastornos psiquiátricos que pueden ocurrir en el período posparto incluyen ansiedad y, rara vez, psicosis posparto. Los trastornos psiquiátricos posparto no tratados aumentan el riesgo de suicidio e infanticidio, que son las complicaciones más graves.¹²

5.2. Incidencia autonómica, nacional y internacional

Según un artículo del Hospital Clínic de Barcelona actualizado en 2023, en la comunidad autónoma de Cataluña 1 de cada 10 madres padecen depresión perinatal ¹¹. En España, se estima que afecta aproximadamente a un 15% de las mujeres durante el primer año postparto.¹³

La depresión perinatal constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial por lo que destaca por su relevancia a nivel epidemiológico. Según publica la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la *Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil*, aproximadamente una de cada cinco mujeres experimentará problemas de salud mental durante el embarazo o el primer año tras el parto. A nivel internacional, entre el 60 % y el 85 % de las madres pueden experimentar tristeza postparto ¹⁰. Aun así, el artículo principal del Hospital Clínic menciona que la depresión postparto como tal conocida, la padecen 1 de cada 10 mujeres a pesar de la diferencia geográfica y cultural.

5.3. Determinantes sociales y otros factores de riesgo ¹⁴

La situación psicológica de la mujer durante el embarazo, por una parte, depende de la estructura de su personalidad antes del embarazo, el cual incidirá cuando sea excesivamente frágil, y puede ocasionar un desequilibrio, dando lugar a aparición de cuadros psicopatológicos. Por otra parte, la evolución física del embarazo, puesto que cuando evoluciona con cualquier incidencia o dificultad que repercute sobre el feto o sobre la misma mujer obliga a una sobrecarga emocional que puede afectar su equilibrio psíquico.

Existen ciertas circunstancias externas o a otras condiciones de salud que pueden influir negativamente en la salud mental de la mujer durante el período perinatal. Es por ello por lo que los servicios de salud mental deben ser conscientes de los factores que indican que puede necesitar intervenciones de salud mental más intensivas. Tales circunstancias se analizan en detalle en las publicaciones de la OMS “Guía sobre los determinantes sociales de la salud mental” y en el informe “Salud mental materna y salud y desarrollo infantil en los países de ingresos bajos y medianos”.

Algunos factores de riesgo y determinantes sociales a tener en cuenta son:

- Experiencias de parto difíciles
- Embarazo en la adolescencia
- Discriminación de género
- Nivel socioeconómico bajo
- Mala alimentación
- Escasas oportunidades educativas
- Malas condiciones de salud física
- Poco o ningún apoyo social
- Desastres naturales
- Violencia de género y otros conflictos
- Embarazo no deseado
- Dificultades de fertilidad
- Consumo de sustancias

5.4. Factores de protección ¹⁴

La salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar en el que las personas pueden desarrollar su potencial, hacer frente al estrés cotidiano y contribuir a su comunidad.

El periodo perinatal es un momento de la vida de la mujer en el que es probable que tenga un mayor contacto con los servicios sanitarios. Por lo tanto, es fundamental que estos servicios presten apoyo adecuado e individualizado según sus necesidades.

Factores que pueden ayudar a proteger y promover su salud mental en el periodo perinatal:

- Fuerte apoyo social: Presencia de una familia, unos amigos y una comunidad que se preocupan.
- Oportunidades educativas: Posibilidad de asistir a la escuela y terminarla.
- Oportunidades de generar ingresos: Capacidad para pagar lo esencial.
- Experiencias positivas en el parto: Sentirse informada y capaz de tomar decisiones.
- Servicios de salud materno-infantil de alta calidad: Profesionales sanitarios competentes y empáticos que traten a las mujeres con respeto y dignidad.

5.5. Prestación de asistencia ¹⁴

5.5.1. Atención escalonada

El modelo de atención escalonada permite optimizar los recursos disponibles en salud mental, garantizando que las intervenciones de menor complejidad y coste se ofrezcan a un mayor número de mujeres, mientras que aquellas con necesidades más complejas reciban atención especializada.

Este enfoque incluye intervenciones para la promoción y la prevención, la detección precoz de las afecciones mentales y el tratamiento adecuado según nivel de gravedad.

Estigmatización

“La estigmatización es la proyección de estereotipos negativos por determinadas características, lo que puede provocar rechazo y un trato deficiente”. Por lo general las personas con trastornos mentales son estigmatizadas en muchas culturas desde hace mucho tiempo. Las mujeres con trastornos de salud mental durante el período perinatal pueden ser percibidas como malas madres o madres inadecuadas.

Como resultado de la estigmatización, las mujeres pueden no estar dispuestas a revelar sus problemas de salud mental o a acceder a los servicios. Es por ello que la integración de la salud mental postparto en los servicios de salud materno-infantil y el compromiso con la salud mental en todos los servicios de salud ayudarán a normalizar las condiciones de salud mental y a reducir la estigmatización.

La eficacia de la atención en salud mental depende de la creación de un servicio seguro y sin prejuicios en el que las mujeres se sientan respetadas y escuchadas. En un entorno así, las mujeres pueden estar más dispuestas a hablar de su salud mental y a utilizar los servicios disponibles.

Atención respetuosa

La atención respetuosa de la maternidad garantiza los derechos de las mujeres a la intimidad, la dignidad, la autonomía, sus creencias y sus preferencias. Puede garantizarse mediante la formación y la colaboración de servicios de salud materno-infantil para identificar, comprender y abordar una atención respetuosa, así como identificando y llevando a cabo buenas prácticas.

La promoción del respeto y la dignidad debe estar en el centro de la prestación de servicios de salud mental. La atención respetuosa promueve la buena salud mental para todos y no requiere recursos.

La atención respetuosa incluye también la confidencialidad de los datos de las mujeres frente a cualquier persona que no participe en su atención y la realización de todos los procedimientos mediante un consentimiento informado. Durante una consulta, las personas comparten información personal y confían en que los profesionales la emplearán para ayudarlas. Sin confianza, es menos probable que la gente busque ayuda cuando la necesita.

5.5.2. Promoción y prevención

Tanto la promoción como la prevención pueden reducir el malestar físico y psicológico y mantener los recursos humanos y económicos de las personas, las familias, el sistema sanitario y otros ámbitos.

La promoción de la salud mental incluye el apoyo a las personas para que desarrollen sus habilidades personales o estrategias para afrontar los problemas y refuercen las que ya tienen (por ejemplo, los factores de protección). La promoción también incluye la creación de entornos que favorezcan el bienestar mental. Esto incluye políticas sociales y estrategias para crear empleo, prevención y reducción de la violencia, apoyo a la educación de mujeres y niñas e iniciativas contra la discriminación.

La prevención aumenta la concienciación sobre los síntomas de los trastornos mentales y las señales de alerta para garantizar una intervención precoz. El objetivo es detener el desarrollo o el empeoramiento de los síntomas.

Los SMI pueden desempeñar un papel vital en la promoción y prevención de la salud mental de las mujeres durante el periodo perinatal. También pueden llevarse a cabo en la comunidad mediante servicios de apoyo informales, que pueden formar parte de la vía asistencial. Pueden realizar intervenciones en forma de charlas informativas, actividades de divulgación en la comunidad y campañas de salud perinatal e infantil. En la educación sanitaria, el trabajo en grupo es una de las actividades fundamentales para el cambio de actitudes y comportamientos. Fomenta conductas saludables, refuerza el cambio de actitudes e intercambio de conocimientos.

Educación sanitaria

Durante cada visita de control del embarazo tiene lugar una entrevista clínica donde el profesional sanitario asume un papel preventivo y educativo. Esta debe ser vista como una oportunidad para obtener información y esgrimir argumentos con el objetivo de que la embarazada interiorice conductas favorables para su estado de salud y para el buen desarrollo de su hijo. Por lo que esto comporta que se produzca un viraje en la tradicional relación personal sanitario-usuaria, donde generalmente adopta un papel pasivo de receptora, en cambio, ahora se genera una respuesta de corresponsabilidad en la mujer gestante sometida a la intervención educativa. Es importante que la embarazada tome conciencia del papel activo que tiene que tener en el mantenimiento y la promoción de su estado de salud.

Cada vez más los expertos del campo de la actividad preventiva apoyan al hecho que el consejo de educación sanitaria, realizado en la consulta, acontece una herramienta de gran eficacia a la hora de detectar embarazos de riesgo e intentar la adopción de hábitos positivos de salud y reducir de esta forma prevenir consecuencias para el bebé y para la madre.

El consejo educativo que se imparte desde el acto asistencial del seguimiento del embarazo incluye unos objetivos que forman parte de una estrategia. Uno de los propósitos más destacables además de identificar aquellos hábitos de vida que son precisos modificar o, por el contrario, cuáles debemos reforzar, es universalizar el consejo. Diferentes estudios concluyen que los profesionales sanitarios tienen tendencia a hablar más con las personas que más preguntan, las cuales, a su vez, suelen ser las más informadas. En cambio, las más reservadas, que solamente escuchan las explicaciones, son las menos aconsejadas.¹⁵

Psicoeducación

Consiste en compartir información sobre las enfermedades mentales y las formas de apoyar el bienestar mental. Capacita a las mujeres a reconocer los síntomas y buscar ayuda. También proporciona habilidades para contrarrestar el daño psicológico, incluyendo una asertividad saludable, la comprensión de su derecho a ser tratadas con respeto en todas las esferas de su vida y que las restricciones basadas en el género son perjudiciales. Asimismo se aborda la estigmatización, se comparte información sobre estrategias de autocuidado y afrontamiento, opciones de tratamiento disponibles, sus beneficios y posibles efectos secundarios. Si la mujer lo autoriza, la psicoeducación puede incluir a su pareja y familiares cercanos, informando sobre cómo apoyar durante el período perinatal.

Gestión del estrés

Los altos niveles de estrés pueden afectar a la salud física y mental. Las personas desarrollan de modo natural formas de afrontar el estrés; sin embargo, algunas pueden necesitar ayuda para identificar estrategias. La OMS ha publicado manuales sobre dos intervenciones para el control del estrés que son impartidas por un proveedor (Problem Management Plus, PM+ (29)) o como autoayuda guiada (Self-Help Plus, SH+ (30)).

En el período perinatal, los ejercicios de control del estrés pueden integrarse fácilmente en grupos de apoyo, asociaciones de parentalidad o clases prenatales.

Reforzar el apoyo social

El apoyo social puede consistir en apoyo emocional (por ejemplo, compartir los problemas o sentimientos propios, experimentar la amabilidad y el respeto de los demás) o apoyo práctico de amigos, familiares o miembros de la comunidad (por ejemplo, cuidado de los niños, suministro de comidas). Las mujeres con problemas de salud mental pueden tener dificultades para recurrir al apoyo social. Pueden sentirse demasiado cansadas, poco merecedoras o temerosas de que el apoyo no sea útil o no se les preste. Esto puede provocar un mayor aislamiento que empeore su salud mental.

Los proveedores de servicios de salud materno-infantil pueden desempeñar un papel importante ayudando a las mujeres a identificar y conectar con personas de su entorno a las que puedan acudir en busca de apoyo. Las clases prenatales o de parentalidad también pueden funcionar como grupos de apoyo entre iguales.

Fomento del funcionamiento y de las habilidades para la vida

Las mujeres con trastornos mentales pueden tener dificultades en su vida diaria para cuidar de sí mismas y de sus hijos. Los servicios pueden ofrecer una serie de actividades para ayudar a las mujeres con estas tareas, como enseñar o apoyar el desarrollo de habilidades para la vida (por ejemplo, generación de ingresos, parentalidad, resolución de problemas y habilidades de comunicación, gestión de emociones, asertividad) y la participación en actividades sociales (por ejemplo, apoyo a otras personas necesitadas, participación en proyectos comunitarios, actividades basadas en la fe, autocuidado).

Reconocimiento de los trastornos mentales

El reconocimiento o la detección de los trastornos mentales es un aspecto vital de la atención a los pacientes con trastornos mentales. Sin embargo, puede resultar difícil reconocerlos. Las mujeres pueden sentir vergüenza o vacilar a la hora de hablar de sus dificultades debido a la estigmatización de los trastornos mentales. También pueden pensar que sus síntomas son normales, atribuibles a una enfermedad física o que no tienen remedio. Como parte de la atención, los profesionales de la salud materno-infantil deben preguntar sobre el bienestar de la mujer, los factores estresantes de su vida y cualquier síntoma depresivo.

Utilización de herramientas de cribado

El cribado de salud mental consiste en formular a las mujeres una serie de preguntas estandarizadas para determinar si es probable que padezcan algún trastorno mental. El cribado puede ser realizado por un trabajador sanitario de la comunidad, una comadrona, una enfermera auxiliar u otro proveedor de servicios de SMI.

Un resultado positivo en el cribado no es un diagnóstico clínico: indica una alta probabilidad de que una mujer padezca una enfermedad mental. Cuando sea posible, las mujeres con un resultado positivo deben recibir una evaluación diagnóstica por parte de un psiquiatra u otro especialista en salud mental con formación en diagnóstico, un psicólogo clínico o una enfermera psiquiátrica. (*figura 1*)

El Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9 o PHQ-2, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y las preguntas de Whooley son ejemplos de herramientas de cribado.

Las preguntas de Whooley (*figura 2*), incluye dos criterios principales del diagnóstico de un Episodio Depresivo Mayor acorde al DSM V, ánimo depresivo y pérdida de la capacidad de sentir placer o anhedonia. La escala muestra una fiabilidad adecuada ($\omega = .79$) y buena validez discriminante (área bajo la curva = .80, $p < .001$). La sensibilidad fue 48 y la especificidad 91, con un punto de corte de 1. Además de un valor predictivo positivo de 74 y negativo de 77. Se realizan dos preguntas de respuesta dicotómica (“sí”/“no”) orientadas a evaluar el estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer, si estas son afirmativas se realiza una tercera pregunta que indaga sobre la percepción de necesidad de ayuda. Su uso es habitual como cribado inicial, debido a la rapidez y sencillez de su aplicación. Si el resultado es positivo en consultas de matronas, servicios de obstetricia y atención primaria se lleva a cabo el Test o Escala de Edimburgo.⁹

La escala de Edimburgo (EPDS) (*figura 3*) cuenta con una sensibilidad del 75% y especificidad del 93%, valor predictivo positivo de 36.9 % y valor predictivo negativo de 91.4 %, así como un valor del área bajo la curva de 0.729 y $p = 0.0003$.¹⁶ Por lo que demuestra una exactitud moderada, además de una aplicación sencilla, accesible y que debería ser rutinaria. Consta de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta, con un tiempo de aplicación de 3 a 5 minutos. Su puntaje va del 0 al 3, con un puntaje máximo de 30 puntos. Punto de corte 10-12 puntos. Puede ser aplicada bien a todas las puérperas de forma universal, o bien solo a los grupos de riesgo o con signos de sospecha.¹⁷ Se recomienda realizarlo en varias ocasiones a lo largo del embarazo durante las visitas prenatales y el posparto. Las guías de salud materna recomiendan especialmente durante el tercer trimestre y entre las 4 y 8 semanas tras el parto.

También se puede aplicar el *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (*figura 4*). Basado en los criterios diagnósticos del DSM para el trastorno depresivo mayor en población general. Cuenta con una sensibilidad de 90,38 ; especificidad de 81,68 ; VPP de 57,32 y un VPN de 96,89.¹⁸ En conclusión, es un instrumento válido y fiable para su uso como cribado

en atención primaria, servicios de salud mental o en entornos hospitalarios. Consta de 9 preguntas basadas en las últimas 2 semanas. Tienen una puntuación de 0 a 3 en cada pregunta, con un total de 27 puntos. A partir de 5 puntos se considera depresión leve, más de 10 puntos moderada, 15 moderadamente grave y mayor o igual que 20 grave.¹⁹

El PHQ-2 (*figura 5*), se emplea como primer instrumento de cribado, es una extensión del PHQ-9. Utiliza las dos primeras preguntas con una puntuación de 0 a 3 cada ítem con un punto de corte de 3 o más para indicar riesgo. Cuenta con una sensibilidad de 85,4% ; especificidad 79,5% ; valor predictivo positivo 42% y valor predictivo negativo 97%.²⁰

5.5.3. Tratamiento farmacológico

Existen datos recopilados durante los últimos 30 años que sugieren los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los cuales son los de primera elección para la depresión perinatal, pues pueden utilizarse de forma segura durante la lactancia materna. Antes de pautar el fármaco debe realizarse una amplia anamnesis sobre la paciente y valorar el riesgo y beneficio de los fármacos sobre la depresión. Actualmente, existen nuevos tratamientos con indicación terapéutica específica para la depresión perinatal que han sido aprobados por la FDA:

- Brexanolona: se administra por vía intravenosa y disminuye rápidamente los síntomas de la depresión posparto moderada-grave (a partir de las 48-60 horas de la administración). Requiere hospitalización de la paciente. No ha sido aprobada ni comercializada en España.
- Zuranolona: derivado de la progesterona que actúa sobre receptores GABA-A. En este trastorno se produce un descenso brusco en los niveles de progesterona, el cual actúa como etiología de la depresión en algunas mujeres. Es el primer medicamento oral indicado para tratar la depresión perinatal. Se administra un comprimido diario durante un período de 14 días. La Agencia Europea del Medicamento aprobó este fármaco en septiembre de 2025.¹¹

5.6. Cambios físicos, hormonales y emocionales

Es común que todas las molestias, cambios físicos, cansancio y dudas sobre la nueva maternidad que experimentan puedan afectar a su autoestima. Las náuseas, los vómitos, acidez, digestiones pesadas, estreñimiento, el aumento de peso, hinchazón, varices, estrías, pigmentación de la piel, el cansancio o las continuas ganas de orinar son cambios y síntomas de embarazo muy usuales que pueden afectar a la calidad de vida y autoimagen. Además del miedo por el parto, la preocupación por la salud del bebé o por la futura crianza, pueden hacer que se sientan inseguras o con baja autoestima.²¹

El embarazo semana a semana va cambiando y generando cambios en tu cuerpo y mente. Especialmente durante el primer y tercer trimestre, es habitual que las embarazadas presenten diferentes estados de ánimo y que fluctúan continuamente de forma repentina durante toda la gestación. La razón principal de estos cambios bruscos de humor es el desequilibrio hormonal. Durante el embarazo se produce una liberación hormonal más fuerte de lo común que afecta a los niveles de neurotransmisores, encargados de regular el estado de ánimo. Entre las hormonas que intervienen, el estrógeno que estimula el desarrollo de las glándulas lácteas y prepara al útero, es un neuroestimulante, por tanto, su exceso puede causar tensión y ansiedad. En cambio, la progesterona se encarga de preparar el endometrio para que el embrión se implante, tiene un efecto relajante, por lo que un exceso en sus niveles puede causar bajones del estado de ánimo como la depresión²², somnolencia y fatiga. Además, aparece la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG), exclusiva del embarazo, que suprime la menstruación y facilita la implantación del feto en el útero materno pero suele ser la causa principal de las náuseas y vómitos durante los primeros meses. El lactógeno de la placenta humana (HPL) o somatomamotropina coriónica humana, proporciona nutrición al feto y estimula las glándulas mamarias como anticipación a la lactancia.²³ La relaxina aporta elasticidad a los ligamentos y prepara el canal del parto, pero a su vez provoca lumbalgia en la zona central y baja de la espalda.²⁴ Por último, la prolactina que es la hormona responsable de la producción de leche materna, la oxitocina fundamental en el trabajo de parto y la producción de leche y las endorfinas que se secretan durante el parto con el fin de aliviar el dolor.²⁵

A lo largo del primer trimestre es donde surgen la mayoría de dudas por los cambios corporales o la preocupación por la salud del bebé, la mayoría de las mujeres se plantean si serán o no buenas madres, lo que provoca la aparición de muchas dudas y miedos. Por otro lado, durante el tercer trimestre, comienzan las emociones de anticipación y preparación para la llegada del bebé. Es habitual que la mujer tenga problemas para dormir, así como molestias físicas por el volumen de la barriga. La mujer sentirá preocupación y ansiedad, así como dudas acerca de la capacidad real de controlar el proceso del parto. Quizás pueden aparecer sentimientos de tristeza porque el embarazo se acerca a su fin o incluso miedo por si el parto no sale bien.²²

5.7. Consecuencias

El empeoramiento de la salud mental de una mujer durante el período perinatal puede afectar a su bienestar y al del bebé y su familia. Una mala salud mental se asocia a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas (por ejemplo, preeclampsia, hemorragia, parto prematuro y muerte fetal) y de suicidio. Un trastorno mental no tratado puede dar lugar a un mal resultado en el parto, como bajo peso del bebé, y a un mayor riesgo de enfermedades físicas y dificultades emocionales y de comportamiento en la infancia. Los lactantes también pueden correr un mayor riesgo de tener dificultades para alimentarse y establecer vínculos afectivos con sus padres.

Referente a la parte emocional, la depresión perinatal puede tener un fuerte impacto en los comportamientos maternos y en la creación del vínculo materno-filial, las madres que padecen este trastorno tienen dificultades a la hora de responder adecuadamente a las necesidades del bebé, dando lugar a retrasos en la satisfacción de necesidades básicas del lactante, como por ejemplo la comodidad o la alimentación. Otro cambio que puede ocurrir es la disminución del contacto físico afectuoso (abrazos, caricias, contacto piel con piel, etc.), el contacto físico es crucial para la conexión emocional madre-hijo y para el establecimiento de un apego seguro por parte del menor, crucial para su bienestar y para la creación de vínculos emocionales seguros en el futuro. Estos factores conllevan a la madre a experimentar culpa e insuficiencia con su forma de criar y cuidar de su bebé, lo cual favorece a la creación de una barrera emocional que no permite el establecimiento del vínculo. Por otra parte, también tiene consecuencias en la práctica de la lactancia materna, pues la disminución de motivación y las emociones negativas dificultan un proceso de lactancia materna exitosa.

Específicamente, podemos encontrar las siguientes consecuencias de la depresión perinatal en los bebés:

- *Desarrollo emocional y cognitivo:* la exposición a un entorno menos receptivo puede conducir a futuras dificultades en la regulación emocional y al desarrollo de apegos seguros. También se pueden encontrar dificultades en el desarrollo cognitivo, como por ejemplo dificultades en el desarrollo del lenguaje.
- *Trastornos del sueño:* los bebés de madres con este trastorno pueden experimentar dificultades en establecer un patrón del sueño regular; presentan despertares nocturnos y dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- *Problemas de alimentación:* tal y como se ha mencionado, existen dificultades a la hora de establecer una lactancia materna exitosa, pero, por otra parte, también pueden encontrarse dificultades a la hora de transicionar a alimentos sólidos.
- *Problemas conductuales:* estos bebés, a largo plazo, tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de atención e hiperactividad o ansiedad y depresión.¹¹

Este marco teórico justifica la necesidad de analizar el abordaje y la detección de la depresión perinatal desde la práctica enfermera, con especial énfasis en el cribado precoz y la atención integral para evitar o minimizar los efectos perjudiciales de la depresión prenatal sobre la madre y el bebé.

5.8. Cheryl Tatano Beck y la teoría de la depresión postparto

Cheryl Tatano Beck es una enfermera diplomada especialista en enfermería obstétrica referente en la depresión postparto, llegando a dar lugar a una importante teoría sobre la DPP y al desarrollo de la *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS). Mediante su teoría basada en los métodos de la fenomenología y la teoría fundamentada, Beck logró diferenciar los trastornos postparto del estado del ánimo en: depresión postparto, tristeza de la maternidad, psicosis postparto, trastorno de pánico de inicio en el postparto y trastorno obsesivo-compulsivo postparto. También logró identificar el problema psicosocial básico de la DPP; **“la pérdida de control”**. Las mujeres experimentaban una pérdida de control en todas las áreas de su vida dando lugar a la sensación de *estar al límite*.

Beck define el metaparadigma enfermero de la siguiente forma:

- *Enfermería*: “Beck describe la enfermería como una profesión de administración de cuidado con la obligación de cuidar a las personas a su cargo, a los estudiantes, y entre sí. Además, las relaciones interpersonales entre los profesionales de enfermería y las personas a las que cuidan son las principales vías mediante las que estos profesionales alcanzan los objetivos de salud e integridad.” (Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2022.)
- *Persona*: “Las personas se describen en términos de integridad con componentes biológicos, sociológicos y psicológicos. Además, existe un fuerte compromiso con la idea de que las personas, o la personalidad, se comprenden en el contexto de la familia y de la comunidad.” (Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2022.)
- *Salud*: “Beck no define la salud de forma explícita. Sin embargo, en sus escritos incluye las ideas tradicionales de salud física y mental. La salud es la consecuencia de las respuestas de las mujeres a los contextos de sus vidas y de su entorno. Los contextos de salud son vitales para entender cualquier cuestión singular de la salud.” (Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2022.)
- *Entorno*: “Beck escribe sobre el entorno en términos amplios que incluyen tanto los factores individuales como el mundo exterior a cada persona. El entorno externo comprende los acontecimientos, las situaciones, la cultura, los ecosistemas físicos y los sistemas sociopolíticos. Además, se reconoce que las mujeres en el período fértil reciben cuidados dentro de un entorno de atención sanitaria estructurado en el modelo médico e impregnado por una ideología patriarcal.” (Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2022.)

La teoría de Cheryl Tatano se divide en cuatro etapas que describen en las que se aúnan predictores, factores de riesgo y síntomas (*figura 6*):

- Etapas 1: “Encontrando el terror” Esta metáfora refleja la imposibilidad de escape que experimenta la mujer. Puede ocurrir desde las primeras semanas hasta los seis meses posteriores. En esta etapa puede presentar ataques de ansiedad, sensación de torpeza y pensamientos obsesivos, lo cual desemboca en una fatiga mental y agotamiento físico provocando respuestas involuntarias.

- Etapas 2: “Muerte de mi misma” Siente que ha perdido su esencia y pierde el interés y emoción por las actividades que le gustaban. A su vez, se va aislando de sus allegados. En esta etapa pueden aparecer pensamientos de autodestrucción.
- Etapas 3: “Luchando para sobrevivir” En este punto el deseo de la mujer se centra en avanzar, aunque pueden tener la sensación de luchar contra el sistema. A menudo, las mujeres se enfrentan a la humillación, decepción, ira o frustración a la hora de buscar el tratamiento. Esto ocurre porque no se sienten respaldadas por su entorno social.
- Etapas 4: “Recuperando el control” Esta es la etapa final experimentada en la DPP. En este punto la madre recupera el control paulatinamente. Pueden aparecer momentos de luto por la sensación de haber perdido el tiempo en relación con el bebé.

Los fundamentos de la teoría de Beck han sido elaborados sobre la base del trabajo de *Sichel* y *Driscoll*, relacionando algunos factores que juegan un papel en la DPP. Los acontecimientos estresantes provocan una alteración bioquímica en el cerebro y un factor estresante puede causar trastornos psiquiátricos, sobre todo si anteriormente ya se había dado alguna situación de este estilo, pues el cerebro puede almacenar químicamente los factores estresantes del pasado, volviéndolo susceptible. Cabe mencionar que, además, en ciertos momentos críticos de la vida de las mujeres, como es el parto, la química hormonal y el cerebro se encuentran en un momento de vulnerabilidad; aún así, la DPP está causada por una combinación de factores en los que además de los biológicos, encontramos los psicológicos, sociales, relacionales, económicos y situacionales.

Por otra parte, culturalmente y socialmente se espera que las mujeres sean felices durante la maternidad, lo cual junto al estigma que existe frente a la salud mental, dificulta que las mujeres puedan expresar libremente lo que están sintiendo, dificultando su abordaje, pero la DPP puede identificarse de forma precoz mediante la identificación de los síntomas y puede tratarse de forma eficaz, disminuyendo los efectos perjudiciales que tienen para la madre, el hijo y la familia.⁸

5. METODOLOGÍA

Nuestro estudio se basa en una revisión bibliográfica sistematizada mediante la búsqueda de literatura científica centrada en describir e identificar los factores que influyen en la depresión perinatal, analizar las estrategias de cribado y diagnóstico, estudiar las herramientas de evaluación y plan de intervención y rol de enfermería en el ámbito de la atención primaria y obstétrica.

Con el fin de estructurar nuestra búsqueda para encontrar información en las bases de datos, facilitar la revisión de bibliografía y definir el enfoque de nuestro estudio hemos utilizado la estrategia PICO. Para responder a nuestra pregunta de investigación: ¿Son efectivas las intervenciones de enfermería en la detección y manejo de la depresión perinatal?

P (Población): Mujeres en período perinatal.

I (Intervención): Intervenciones de enfermería (cribado, abordaje y seguimiento).

C (Comparación): Atención habitual y sin intervención.

O (Resultado): Detección precoz y reducción de síntomas depresivos.

Se consultaron diferentes bases de datos entre ellos, PubMed, Scielo, Google Scholar, Elsevier, CINAHL, Cochrane Library, OMS, Ministerio de Sanidad y Guías clínicas de asociaciones perinatales. También se incluyen guías diagnósticas como el DSM-V para definir la introducción y el marco teórico.

Como criterios de inclusión se incluyen artículos de los últimos 6 años, en español e inglés, sobre depresión perinatal y el rol que desempeña enfermería. Dentro de los criterios de exclusión se encuentran estudios centrados en depresión no relacionada con el período perinatal, artículos repetidos o sin acceso al texto completo, opiniones no basadas en evidencia científica o estudios de muy baja calidad metodológica.

Para evaluar los artículos incluidos en la revisión se ha utilizado la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme (España)) y se han incluido los artículos que cumplen dichos criterios para sumar fiabilidad al estudio.

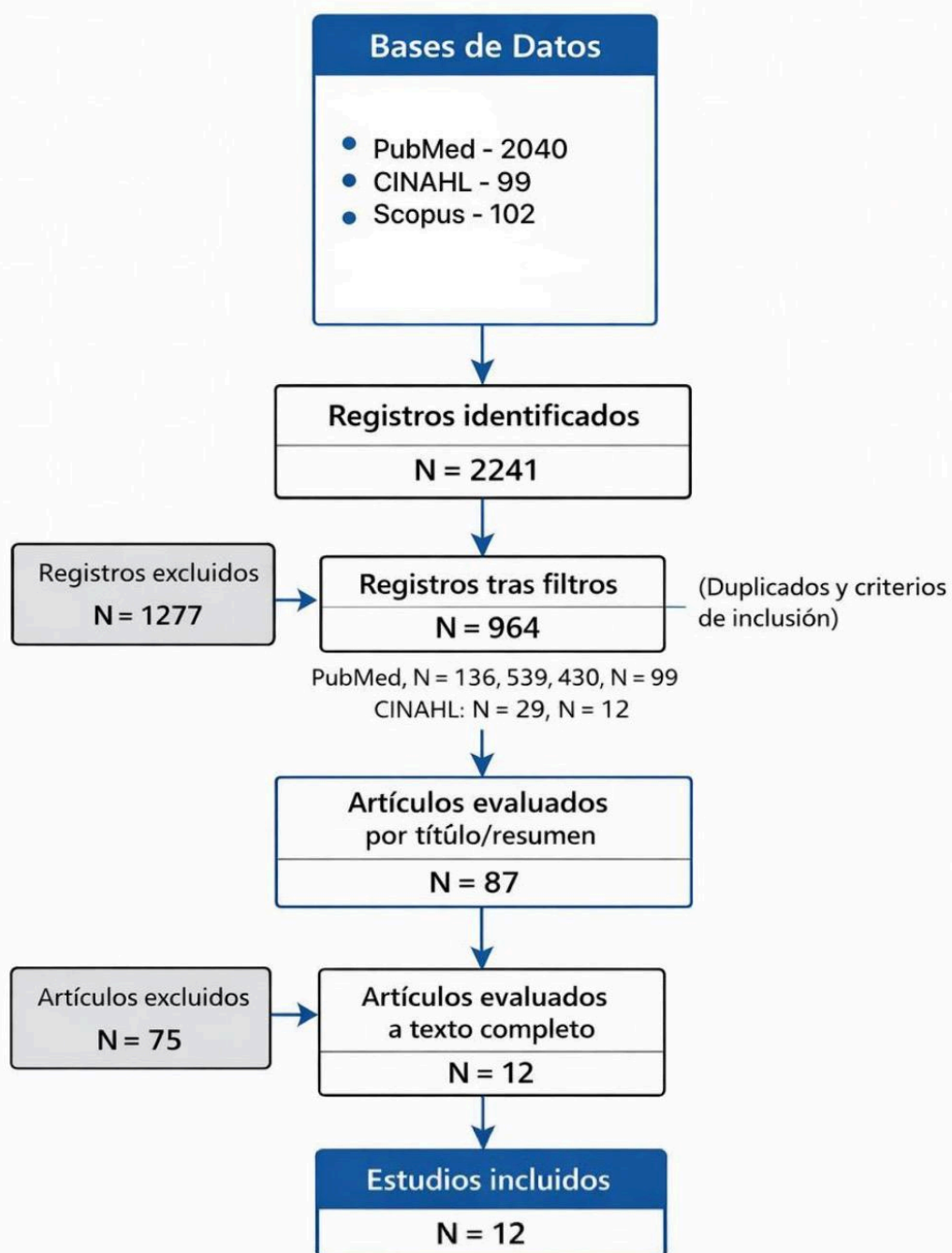
Se emplearán combinaciones de palabras clave en terminología MeSH y operadores booleanos:

Ejemplos de descriptores (MeSH):	Estrategias de búsqueda:
• “Perinatal depression” • “Postpartum depression” • “Nursing care” • “Underdiagnosis” • “Primary health care” • “Maternal mental health” • “Early detection”	• <i>“perinatal depression” AND “underdiagnosis”</i> • <i>“postpartum depression” AND “screening tools”</i> • <i>“maternal mental health” AND “primary care” AND “barriers”</i> • <i>“perinatal depression” AND “nursing intervention”</i> • <i>“postpartum depression” AND “early detection”</i>

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	RESULTADOS CON FILTROS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULO	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	<i>“postpartum depression” AND “screening tools”</i>	351	136	37	2
	<i>“postpartum depression” AND “early detection”</i>	1150	357	6	1

	<i>“perinatal depression”</i> AND <i>“nursing intervention”</i>	539	430	34	6
CINAHL	<i>“perinatal depression”</i> AND <i>“nursing intervention”</i>	99	29	4	2
SCOPUS	<i>“postpartum depression”</i> AND <i>“screening tools”</i>	102	12	6	1

PRISMA



Fuente: Imagen de elaboración propia

6. RESULTADOS

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
“Early detection of perinatal depression in couples: a single-center prospective study”	Paria A, Atallah A, Nourredine M, Dubernard G, Joubert F, Landel V, Viaux-Savelon S, De la Fournière B (2024).	Estudio prospectivo observacional unicéntrico.	Evaluar el estado psicológico de las parejas durante el período perinatal con el fin de identificar a aquellas con riesgo de sufrir depresión posparto.	El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Lyon, incluyó a mujeres embarazadas sin trastornos psiquiátricos ni factor de riesgo obstétrico, y a sus parejas. Las participantes completaron la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) en tres momentos: durante el noveno mes de embarazo, inmediatamente después del parto y entre 6 y 8 semanas después del alumbramiento.	Noventa y cinco parejas participaron; el 96% de las pacientes y el 68% de las parejas completaron los cuestionarios previos al parto, el 81% y el 71% durante la estancia de maternidad, y el 64% y el 46% en el posparto. En general, el 15% de las pacientes y el 1% de las parejas tuvieron puntuaciones EPDS >10 en el período posparto.	Si bien no se identificaron factores de riesgo específicos para la depresión perinatal en parejas, una proporción considerable de pacientes presentó puntuaciones altas en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS). Por lo que, es fundamental realizar un cribado a todas las parejas durante los periodos preparto y posparto, independientemente de los factores de riesgo identificados.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period"	Meng, Jun; Du, Junying; Diao, Xiaoli; Zou, Yingxia (2022).	Ensayo clínico doble ciego.	Investigar la correlación entre la enfermería basada en la evidencia y la incidencia de depresión posparto.	Se reclutó mujeres embarazadas que no fueron diagnosticadas con depresión posparto durante la hospitalización pero propensas a depresión posparto (EPDS de 9–13) para el estudio. Se dividieron aleatoriamente en el grupo de intervención (N = 60) y el grupo Control (N = 60). Se utilizaron la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA), la EPDS y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) para investigar los resultados psicológicos de la puérpera durante y después de la intervención de 6 semanas.	El análisis mostró que 6 semanas de intervención de enfermería basada en la evidencia redujeron significativamente la incidencia de depresión posparto.	La aplicación de la enfermería basada en la evidencia mejoró el grado de satisfacción de los pacientes y alivió eficazmente su ansiedad y tuvo efectos positivos para la depresión en el período posparto.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Who do we miss when screening for postpartum depression? A population-based study in a Swedish region"	Emma Bränn, Emma Fransson, Anna Wikman, Natasa Kollia, Diem NguyēN, Caroline Lilliecreutz, Alkistis Skalkidou (2021)	Estudio observacional retrospectivo de cohortes.	El cribado universal de la depresión posparto es clave para su detección precoz, intervención y apoyo. El objetivo fue analizar la proporción de mujeres que no fueron evaluadas y los factores de riesgo asociados.	Se analizaron datos de 9.959 embarazos en Suiza, combinando información del registro del embarazo con los resultados del cribado mediante la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo a las 6–8 semanas posparto. Se utilizaron modelos de regresión logística para identificar factores de riesgo.	El 30% de las mujeres no se les había realizado ningún cribado. Se demostró que tenían un mayor riesgo aquellas mujeres nacidas en otro país y con peor percepción de su estado de salud.	Aunque la mayoría sí que recibió cribado, aún hay margen de mejora para lograr un cribado universal. Identificar factores de riesgo y mejorar la concienciación del personal sanitario puede aumentar el cumplimiento de las guías sobre la detección precoz. Además, es fundamental superar barreras y fomentar el abordaje de la salud mental en el posparto.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Co-occurrence of depression, anxiety, and perinatal posttraumatic stress in postpartum persons"	Shelby Howard, Caitlin Witt, Karla Martin, Ateshi Bhatt, Emily Venable, Sarah Buzhardt, Andrew G. Chapple ¹ and Elizabeth F. Sutton (2023)	Estudio observacional retrospectivo analítico.	El objetivo fue describir la incidencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático perinatal (TEPT), así como su coexistencia, en el posparto temprano en una clínica con recursos limitados. Se planteó que las mujeres con depresión tendrían mayor riesgo de ansiedad y TEPT.	Estudio retrospectivo con 613 mujeres entre 4 y 12 semanas posparto. Se analizaron cuestionarios obtenidos de la historia clínica electrónica: • Patient Health Questionnaire-9 (depresión) • Generalized Anxiety Disorder-7 (ansiedad) • Perinatal Post Traumatic Stress Disorder Questionnaire-II (TEPT perinatal) Se emplearon análisis estadísticos para estudiar asociaciones y predictores.	La incidencia de resultados positivos en la evaluación de síntomas de depresión (PHQ 9 > 4) fue del 25,4 % (n = 156), mientras que de ansiedad (GAD 7 > 4) y TEPT perinatal (PPQ II ≥ 19) fue del 23,0 % (n = 141) y del 5,1 % (n = 31), respectivamente. Las mujeres con ansiedad tenían 26 veces más probabilidad de presentar depresión. Las que presentaban TEPT tenían 44 veces más probabilidad de depresión.	La depresión, la ansiedad y el TEPT perinatal son factores de riesgo independientes entre sí. Para cumplir con las recomendaciones los profesionales de la salud deben evaluar universalmente a las mujeres en el posparto mediante herramientas de detección validadas para identificar trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, si no es factible realizar una evaluación completa, este estudio aporta evidencia que respalda la evaluación de la depresión en las pacientes y, si el resultado es positivo, se recomienda realizar una evaluación adicional para detectar ansiedad y trastorno de estrés postraumático perinatal.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Psychometric Properties of the Peripartum Depression Predictors Scale"	Üstün, G. y Kelleci, M. (2025).	Estudio metodológico observacional de validación psicométrica.	Desarrollar la Escala de Predictores de Depresión Periparto (EPDP) y evaluar su validez y fiabilidad.	Este estudio se diseñó como una investigación metodológica. Participaron mujeres embarazadas (n = 482) que recibieron atención prenatal en un hospital universitario de Turquía entre marzo y junio de 2023. Se evaluó la validez y fiabilidad de la escala mediante análisis estadísticos (alfa de Cronbach y análisis factorial).	Los resultados mostraron que la escala final tiene 21 ítems agrupados en 5 factores, con buena validez y un alto nivel de fiabilidad ($\alpha = 0,836$).	Se determinó que la PDPS es un instrumento de medición válido y fiable. La escala puede utilizarse para identificar los factores de riesgo de la depresión perinatal en cualquier etapa del embarazo y para detectar mujeres con riesgo de depresión posparto.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
“A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity”	Jeanne L. Alhusen, Matthew J. Hayat, Lori Borg (2022). Estados Unidos.	Ensayo clínico aleatorizado.	Realizar un estudio piloto de una intervención grupal para la depresión perinatal, el Curso Madres y Bebés, sobre la sintomatología depresiva, el vínculo materno-fetal y la sensibilidad materna.	Sesenta mujeres embarazadas con sintomatología depresiva de moderada a grave fueron asignadas aleatoriamente a un grupo de intervención de 6 semanas o a un grupo de atención habitual en su primera consulta prenatal. Se recopilaron medidas de sintomatología depresiva y vínculo materno-fetal al inicio del estudio y a las 36 semanas de gestación. A las 12 semanas posparto, las participantes completaron una medida de sintomatología depresiva y se recopiló una medida objetiva de sensibilidad materna.	El grupo de intervención mostró mejores resultados que el grupo de atención habitual: mayor reducción de los síntomas depresivos, mejor apego materno-fetal y mayor sensibilidad materna a las 12 semanas posparto. Además, la mayoría de las participantes completaron el programa de intervención.	Los resultados muestran beneficios de una intervención para la depresión perinatal, administrada en grupo, para reducir la sintomatología depresiva y mejorar el vínculo materno-fetal y la sensibilidad materna.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Effectiveness of Nursing Interventions in Promoting Maternal Mental Health During the Postpartum Period"	Zhezhe Xiao, MM, Baohua Qiu, BM, Xiaoxia Guo, BM, Ting Zhong, BM, and Shimin Wu, BM (2025)	Ensayo controlado aleatorio.	Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería para mejorar la salud mental de las madres durante el período posparto, con un enfoque en los síntomas emergentes de depresión, ansiedad y estrés posparto en mujeres sin antecedentes psiquiátricos.	El ensayo estudió a 390 mujeres posparto divididas en dos grupos: uno con atención estándar y otro con intervenciones de enfermería (educación, asesoramiento y actividades comunitarias durante 6 meses). Se evaluaron depresión, ansiedad y estrés al inicio, a los 3 y a los 15 meses tras el parto.	El grupo con intervención enfermera redujo mucho más la depresión, ansiedad y estrés que el grupo control a los 3 y 15 meses. La depresión bajó del 18 % al 5 % en el grupo intervenido, mientras que en el control apenas disminuyó. También mejoraron hábitos como el sueño, la alimentación y el ejercicio.	Los hallazgos muestran la importancia de las intervenciones integrales de enfermería de forma precoz en el período posparto para la mejora de los resultados de salud mental materna.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression"	Sandra Nakic ^{1º} Radoš, Ana Ganho-Ávila, Maria F. Rodriguez-Muñoz, Rena Bina, Sarah Kittel-Schneider, et al. (2025)	Revisiones generales sobre la eficacia de las intervenciones de prevención, detección y tratamiento de la PPD.	Este estudio tuvo como objetivo recopilar la evidencia más actualizada sobre la eficacia de las intervenciones y proporcionar recomendaciones para la prevención, el cribado y el tratamiento de la PPD.	Se realizó una serie de revisiones paraguas sobre la eficacia de las intervenciones para la prevención, el cribado y el tratamiento de la PPD. Se efectuó una búsqueda en cinco bases de datos desde 2010 hasta 2023. Las guías se desarrollaron siguiendo el marco GRADE y las recomendaciones del checklist AGREE II. Se incluyó una revisión pública por partes interesadas	Las intervenciones psicológicas y psicosociales, como por ejemplo la terapia cognitivo-conductual se recomiendan para prevenir la PPD en mujeres sin síntomas y en mujeres con factores de riesgo. Los programas de cribado de depresión se recomiendan durante el embarazo y el posparto.	Las recomendaciones de tratamiento deben implementarse tras considerar cuidadosamente la gravedad clínica, los antecedentes previos, el balance riesgo-beneficio para madre y feto/lactante, y los valores y preferencias de la mujer. Debe facilitarse la implementación de guías clínicas basadas en evidencia adaptadas al contexto de cada país.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress"	Lewis, B.A., Schuver, K., Dunsiger, S. <i>et al.</i> (2021).	Ensayo aleatorio.	Evaluar la efectividad del ejercicio y de intervenciones de apoyo para prevenir la depresión postparto y el estrés.	450 participantes, que en promedio se encontraban a cuatro semanas posparto, tenían antecedentes de depresión antes del embarazo y realizaban <60 minutos de ejercicio por semana, fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes tres condiciones: (1) intervención de ejercicio de 6 meses basada en llamadas telefónicas; (2) intervención de bienestar/apoyo de 6 meses basada en llamadas telefónicas (p. ej., alimentación saludable, sueño y estrés percibido); o (3) atención habitual.	En general, la proporción de participantes con depresión fue baja (2,4 % a los 6 meses y 3,6 % a los 9), sin diferencias claras entre los grupos. Sin embargo, a los 6 meses, quienes estaban en el grupo de bienestar presentaron niveles significativamente más bajos de síntomas depresivos en comparación con el grupo de atención habitual.	La intervención de bienestar fue eficaz para prevenir los síntomas de depresión; sin embargo, la depresión posparto que cumplía los criterios diagnósticos fue sorprendentemente baja en todas las condiciones entre esta muestra de mujeres posparto en riesgo. Las intervenciones de ejercicio pueden tener un efecto protector sobre el estrés percibido en mujeres con riesgo de depresión posparto. Los profesionales deberían considerar la integración de intervenciones de ejercicio y bienestar en la atención posparto.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
“Evaluation of the Impact of a Midwife-Led Breastfeeding Group Intervention on Prevention of Postpartum Depression: A Multicentre Randomised Clinical Trial”	Rodríguez-Gallego, I., Vila-Candel, R., Corrales-Gutiérrez, I., Gómez-Baya, D., & Leon-Larios, F. Andalucía, (2024).	Ensayo clínico aleatorio multicéntrico	Evaluar la efectividad de una intervención del grupo de apoyo de lactancia materna dirigida por partera en las tasas de lactancia materna, la depresión posparto y la autoeficacia general.	Fue un ensayo controlado aleatorizado multicéntrico, no ciego, con grupo de intervención y grupo control. Los centros de salud se asignaron al azar a cada grupo por un técnico independiente, y luego las mujeres (mayores de 18 años) fueron también aleatorizadas 1:1 durante las semanas 35-37 de embarazo. Cada participante recibió un código según su grupo.	La lactancia materna disminuyó progresivamente a lo largo del seguimiento, pasando del 78 % a los 10 días al 62,4 % a los 4 meses. No obstante, el grupo de intervención presentó una mayor tasa de lactancia a los 4 meses en comparación con el grupo control. Asimismo, estas mujeres mostraron menos síntomas de depresión posparto, observándose que la lactancia materna exclusiva se asoció con menores niveles de depresión en los meses posteriores.	Las mujeres que asistieron a grupos de apoyo a la lactancia dirigidos por matronas tuvieron mayor confianza, mantuvieron la lactancia más tiempo y presentaron menos depresión posparto a los 4 meses que el grupo control. Esto sugiere que este tipo de intervenciones pueden ayudar a prevenir la depresión, aunque se necesita más investigación.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
“Effect of nursing intervention based on Ratu’s model for preventing postpartum blues and depression among primiparous women: A treatment-control design”	Mohamed, A. H., Abobaker, R. M., Ibrahim, M. I. T., AlHseinat, M. M., Ali, H. M., Razek, R. A. A., Albougami, A., Berdida, D. J. E., & Elrefaey, S. R. I. (2025).	Diseño tratamiento-control	Investigar el efecto de las intervenciones de enfermería basadas en el modelo de Ratu para prevenir la PPB y la PPD entre mujeres primíparas.	Se recogieron datos con cinco cuestionarios validados entre 2022 y 2023. El grupo control recibió atención posparto habitual, mientras que el grupo de estudio también participó en una intervención educativa en tres sesiones durante 27 días. Ambos grupos completaron los cuestionarios antes y después, y los datos se analizaron con pruebas estadísticas como Fisher, t emparejada y regresión logística.	La intervención de enfermería basada en el modelo de Ratu demostró diferencias significativas entre los dos grupos en relación con el estímulo de las mujeres embarazadas, el mecanismo de afrontamiento, la respuesta conductual y el apoyo social. Los resultados mostraron que el 91,7% (estudio) y el 56,6% (control) informaron sin PPD después de la intervención, lo que representa una diferencia significativa entre los dos grupos.	Las enfermeras, parteras y otros profesionales de la salud que trabajan con mujeres embarazadas y posparto pueden utilizar el programa de intervención de enfermería basado en el modelo de Ratu para prevenir o minimizar la PPB y la PPD.

TÍTULO	AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
"Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial"	Liu, Hongling; Yang, Yang (2021)	Ensayo controlado aleatorizado	Investigar si la intervención cognitivo-conductual por enfermeras puede prevenir la aparición de la depresión posparto en mujeres primíparas.	En este ensayo clínico aleatorizado, se reclutaron mujeres primíparas con riesgo de depresión posparto. El grupo control recibió cuidados posparto habituales, mientras que el grupo intervención recibió cuidados habituales + intervención cognitivo-conductual. Se evaluaron antes y después mediante escalas como: HAMD, HAMA, EPDS Y PSQI	En el grupo de intervención, las puntuaciones después de la intervención en todas estas escalas fueron significativamente menores que las puntuaciones iniciales. Sin embargo, en el grupo control, las puntuaciones de HAMD y PSQI aumentaron significativamente durante las 6 semanas de atención posparto rutinaria.	En resumen, esta investigación proporcionó evidencia de que la aplicación de la intervención cognitivo-conductual durante el periodo posparto alivió la ansiedad y la depresión en mujeres primíparas y evitó la aparición de la depresión posparto.

7. DISCUSIÓN

Tal y como se ha comentado a lo largo del proyecto, la depresión perinatal es un serio problema de salud que puede traer consecuencias graves, como profesionales de enfermería tenemos el conocimiento y la capacidad para detectar y abordar precozmente este tipo de problemas de salud desde un punto de vista holístico centrado en la atención de la persona. Los resultados obtenidos confirman nuestra hipótesis inicial, demostrando la estrecha relación que presenta el infradiagnóstico de esta patología con las actuales deficiencias en la detección precoz, los estigmas sociales y la normalización o la dificultad para diferenciar los síntomas depresivos de los cambios emocionales propios del período perinatal, así como a la falta de recursos, protocolos y de sensibilización y formación específica en salud mental de los profesionales sanitarios.

En primer lugar, los resultados basados en la detección precoz tal y como hemos mencionado anteriormente evidencian que el cribado sistemático durante todo el período perinatal sigue siendo insuficiente. El estudio prospectivo observacional de 2024 evidencia que, incluso en ausencia de factores de riesgo psiquiátricos u obstétricos, un 15% de las mujeres presentó puntuaciones elevadas en la escala EPDS en el posparto. Este resultado sugiere que la depresión perinatal puede aparecer en población considerada de bajo riesgo, lo que cuestiona los modelos de cribado selectivo y respalda la necesidad de implementar estrategias universales. En esta misma línea, otro estudio observacional señala que, aunque el cribado está ampliamente recomendado, hasta un 30% de las mujeres no son evaluadas, especialmente aquellas nacidas en el extranjero o con peor autopercepción de salud. Estos datos evidencian la existencia de desigualdades en el acceso a la detección precoz y ponen de manifiesto la necesidad de reforzar la equidad en la atención sanitaria, así como de mejorar la formación y sensibilización de los profesionales de enfermería para garantizar la adherencia a las guías clínicas.

Por otro lado, un estudio sobre la correlación entre la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático perinatal propone que el abordaje clínico no debe centrarse únicamente en la depresión, sino contemplar una evaluación integral de la salud mental, y en caso de que un cribado universal completo no pueda ser siempre factible, la detección inicial de depresión podría actuar como puerta de entrada para identificar otros trastornos asociados.

Con relación a los instrumentos de evaluación, un estudio metodológico reciente de 2025 evalúa la validez y fiabilidad de nuevas herramientas como la escala de predictores de depresión periparto. Este tipo de instrumentos puede facilitar la identificación temprana de mujeres en riesgo incluso durante el embarazo, permitiendo intervenciones preventivas más eficaces. No obstante, sigue siendo fundamental en la práctica clínica el uso de escalas validadas como la EPDS, el cuestionario PHQ-9 o las preguntas de Whooley.

En cuanto al abordaje terapéutico, los estudios analizados destacan el papel clave de la enfermería en la prevención e intervención temprana. Un ensayo clínico de doble ciego demuestra que las intervenciones basadas en la evidencia reducen significativamente la incidencia de depresión posparto, además de mejorar la ansiedad, la calidad del sueño y satisfacción de los pacientes. Estos resultados remarcen la capacidad de la enfermería para intervenir de forma efectiva mediante programas estructurados y seguimiento continuo. Asimismo, otro ensayo clínico muestra que las intervenciones grupales no solo disminuyen la sintomatología depresiva, sino que también mejoran aspectos como el vínculo materno-fetal y la sensibilidad materna. Este hallazgo resulta especialmente relevante, ya que la depresión perinatal no solamente afecta a la madre, sino también al desarrollo emocional y social del recién nacido. Por lo que, las intervenciones deben contemplar un enfoque biopsicosocial que integre la salud mental materna como la relación madre-hijo.

Por otra parte, existe un amplio abanico de abordaje no farmacológico enfocado en estas pacientes, en nuestra revisión se han incluido algunos como la lactancia materna o la intervención enfermera basada en un modelo intervencionista.

La lactancia materna actúa como factor protector frente la depresión perinatal a causa de la liberación de oxitocina y prolactina; el papel de enfermería en el mantenimiento de la lactancia materna en madres es muy importante, en un ensayo clínico realizado en Andalucía en el año 2024 se demostró que la intervención de una matrona mediante intervenciones en grupos de apoyo, sumado a la red social que se establece con las otras madres, favorece el mantenimiento de la lactancia materna; se observa sobre todo la diferencia a los 4 meses postparto, una vez la madre se incorpora de nuevo al mundo laboral, siendo las mujeres que recibieron la intervención enfermera las que mantuvieron la lactancia materna. Así mismo, se observa correlación en las mujeres que abandonaron la lactancia materna entre los 2 y 4 meses y la presentación de síntomas depresivos (según la EPDS), aún así, tanto en este como en otros artículos se menciona como limitación el hecho de diferenciar si las mujeres con menos signos y síntomas de depresión perinatal

tienen mejor experiencia de lactancia materna o si verdaderamente la lactancia materna disminuye los síntomas depresivos, además que en este estudio tampoco se tuvieron en cuenta los antecedentes de las madres. Lo que sí se observa es que el liderazgo enfermero en grupos de apoyo de lactancia materna es clave, pues esta intervención se basa en aportar confianza a la madre y de esta manera mejorar la autoeficacia a la hora de practicar la lactancia materna.

En la búsqueda bibliográfica se ha incluido también un artículo que menciona la intervención enfermera desde el modelo de Ratu; el modelo de Ratu se basa en cuatro puntos de intervención (fig. 6 anexos):

i. educación para mejorar el estímulo de las mujeres embarazadas para el aprendizaje

Incluye aprendizaje sobre los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen durante el embarazo y el parto.

ii. mecanismo de afrontamiento

Existe en educación psicológica frente a momentos de este periodo vital, se incluyen mecanismos de afrontamiento físico, psicológico y espiritual.

iii. respuesta conductual adaptativa

Incluye educación para mejorar los mecanismos de adaptación durante el embarazo e implica autocuidado, identificación de roles y respuestas fisiológicas

iv. apoyo social del marido

La educación para mejorar el apoyo del marido incluye conciencia, objetivos y diversos mecanismos para el apoyo social,

Mediante este estudio, se encontró que al menos dos tercios del grupo control (intervención estándar) tenía una actitud negativa frente al embarazo, mientras que la mayoría del grupo de estudio (intervención según el modelo Ratu) tenían una actitud positiva frente al embarazo, pues la intervención educativa puede alentar a las mujeres a mantener una actitud positiva frente al embarazo y a adaptarse positivamente a los cambios que comporta, por lo que los mecanismos de afrontamiento se consideran intervenciones efectivas para evitar la depresión perinatal. Por otra parte, también se estableció una clara diferencia en el apoyo social de los maridos entre los dos grupos, siendo el grupo de estudio el grupo en el que el apoyo social de los maridos mejoró después de la intervención.

Se encuentra también que la probabilidad de padecer depresión postparto está indirectamente relacionada con el apoyo social, siendo más común la depresión perinatal en mujeres que tienen un apoyo social de moderado a bajo, siendo el apoyo social tanto de los cónyuges como de las familias y el entorno inmediato. Todo esto apunta a que un modelo intervencionista como el modelo Ratu puede reducir la incidencia de depresión perinatal, siendo el personal de enfermería el que puso en práctica este modelo, se puede contemplar incluir modelos intervencionistas parecidos en la práctica asistencial para favorecer a las madres a desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaces e incrementar una red social de apoyo.

En el modelo sanitario actual, si no se ha realizado formación específica, existe desinformación sobre la depresión perinatal y su intervención por parte de los profesionales sanitarios, por lo que además de implementar modelos intervencionistas sería ideal proporcionar formaciones específicas a los profesionales que están en contacto con estas pacientes; así lo demuestra una guía clínica del 2025, donde se expone que es una responsabilidad política el hecho de formar adecuadamente a los profesionales sanitarios de atención primaria y facilitar las vías de derivación a los servicios de salud mental. Una correcta formación en la salud mental materna y en la depresión perinatal por parte de los profesionales sanitarios sumado a un asesoramiento personalizado dirigido a las mujeres embarazadas puede mejorar la salud mental materna.

Por otra parte, existe un estudio ejecutado en 2025, donde a un grupo de mujeres embarazadas se les implementaron tres intervenciones enfermeras distintas (apoyo educativo a las madres, asesoramiento y programas de apoyo). En el estudio se observó que las intervenciones enfermeras mejoran la salud materna, disminuyendo los síntomas depresivos y de estrés. El apoyo educativo permitió a las madres identificar y abordar los síntomas de forma precoz, el asesoramiento ofreció un apoyo social y un entorno seguro en el que exteriorizar sus preocupaciones y poner solución y los programas de apoyo también favorecieron una red de apoyo social y un factor protector frente al aislamiento social.

Otro ensayo aleatorio del 2021 que estudia el impacto del ejercicio físico en la prevención de la depresión perinatal, pese a algunas limitaciones que presentó el estudio, como por ejemplo el hecho de que las mujeres participantes fueran más conscientes de su riesgo de padecer depresión perinatal, demostró que la puntuación recibida en la EPDS a los 6 meses postparto, fue menor en el grupo de intervención que en el grupo que recibió una atención habitual, así como un menor nivel de estrés.

El papel de la enfermería en el abordaje de esta patología es muy amplia y se puede enfocar desde múltiples perspectivas; una investigación del 2021 demuestra que la terapia cognitivo-conductual realizada por enfermeras puede ser utilizada como tratamiento para mujeres con depresión postparto y, además, puede servir como método de prevención para mujeres en riesgo de padecerlo. Aún así, la terapia cognitivo-conductual es una competencia del servicio de psicología y, para poder aplicarla correctamente sería necesario realizar una formación específica al personal de enfermería para aplicar esta intervención correctamente.

De manera global, los resultados sugieren que el abordaje de la depresión perinatal debe ser multidimensional e interdisciplinar, con un papel central de la enfermería en la detección, educación sanitaria, apoyo emocional e implementación de intervenciones. Sin embargo, persisten dificultades importantes, como la falta de cribado universal efectivo, las desigualdades en el acceso y la necesidad de integrar la evaluación de otros trastornos mentales asociados.

Finalmente, como implicación para la práctica clínica, se debería reforzar los programas de cribado sistemático en todas las etapas del período perinatal, mejorar la formación de los profesionales sanitarios en salud mental materna y promover intervenciones enfermeras basadas en la evidencia, tanto individuales como grupales. Futuras investigaciones deberían centrarse en optimizar las estrategias de implementación en distintos contextos asistenciales y en evaluar intervenciones a largo plazo.

8. CONCLUSIONES

La depresión perinatal es un problema de salud pública con una alta prevalencia en las mujeres y con efectos negativos tanto en la madre como en el hijo y en su vínculo. A pesar de su elevada prevalencia y complicaciones, hablamos de un trastorno de salud mental infradiagnosticado a causa del estigma social y la normalización de síntomas.

El papel del personal de enfermería es crucial tanto para la detección precoz como para el abordaje de la depresión perinatal, pues durante la atención que proporciona mantiene un contacto estrecho y una continuidad asistencial con el paciente, pudiendo formar una relación terapéutica que permita abordar esta patología.

Por un lado, en cuanto al cribado, existen escalas validadas científicamente que son eficaces para una detección precoz de los síntomas y de las cuales el servicio de enfermería debe hacer un uso sistémico para cribar a la población materna en riesgo de depresión perinatal, entre las más usadas e investigadas encontramos la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, la PHQ-9 y las preguntas de Whooley.

Por otro lado, el abordaje enfermero mediante intervenciones psico-educativas individuales y grupales, grupos de apoyo de lactancia materna, seguimiento continuado, intervenciones clínicas en el manejo de dieta y actividad física y el fomento de apoyo social y familiar pueden ser eficaces y lograr disminuir los síntomas depresivos. También se debe fomentar la formación específica en depresión perinatal a los profesionales sanitarios que aborden con este tipo de pacientes para conseguir una intervención clínica de calidad, así como incluir en la asistencia sanitaria modelos intervencionistas protocolizados y replicables que permitan equidad y calidad en el proceso de la enfermedad.

9. LIMITACIONES

A lo largo de la realización del proyecto hemos encontrado diversas limitaciones que nos gustaría exponer. En primer lugar, consideramos que la depresión perinatal es un aspecto muy amplio y que en los últimos años se investiga más, por lo que la alta disponibilidad de información puede haber provocado que existan artículos o investigaciones de interés que no han sido incluidas en el proyecto, esta ha sido una de las limitaciones principales, así como la filtración de artículos según su diseño de estudio y metodología. Por otra parte, los estudios elegidos han sido variados y heterogéneos (diferentes etnias y localización geográfica, diferentes características poblacionales, etc.) y esto puede dificultar la aplicación de este proyecto en la práctica clínica rutinaria. Por último, consideramos que pese a su creciente visibilización, la depresión perinatal es un trastorno que se vive en silencio y las mujeres participantes en los estudios pueden haber obtenido un resultado en las escalas que no es el real, creando en el estudio un sesgo de deseabilidad social a causa de la presión social sobre las madres.

10. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Como líneas futuras de investigación, se propone orientar el cribado y el abordaje de la depresión perinatal hacia un enfoque moderno basado en el uso de nuevas tecnologías. Algunos de los estudios analizados ya incorporan intervenciones enfermeras en formato *online*, mostrando resultados positivos.

En este sentido, el desarrollo de herramientas digitales, como aplicaciones móviles, programas de seguimiento o apoyo telemático, podría mejorar la accesibilidad a los recursos sanitarios.

Asimismo, la realización de escalas de cribado y de intervenciones de forma telemática, desde el propio entorno domiciliario, podría favorecer una mayor sensación de entorno seguro en las mujeres, facilitando sinceridad en sus emociones. Esto permitiría reducir la influencia del sesgo de deseabilidad social, mejorando la detección precoz de la depresión perinatal.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín González E. Depresión perinatal materna: visibilización y relevancia de su abordaje [Internet]. Universidad de La Laguna; 2020 [citado 23 May 2025]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20516/Depresion%20Perinatal%20Materna.%20Visibilizacion%20y%20relevancia%20de%20su%20abordaje.pdf>
2. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Nurs. 2022;31(19-20):2665–2677. doi:10.1111/jocn.16121
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
4. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health. 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044
5. Martínez P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias terapéuticas. Rev Med Clin Las Condes. 2020;31(3):202–210. doi:10.1016/j.rmcl.2020.01.004
6. Clavero-Barrera MA, et al. Características y mortalidad de neonatos con síndrome de abstinencia neonatal en España. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2013 [citado 24 May 2025];34(2):51-57. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v34n2/1130-5274-clinsa-34-2-0051.pdf>
7. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal [Internet]. Bethesda (MD): NIMH; 2024 [citado 18 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/depression-perinatal.pdf>
8. Alligood MR. *Modelos y teorías en enfermería*. 10a ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
9. Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista médica Clínica Las Condes, 31(2), 139–149. doi:10.1016/j.rmcl.2020.01.004

10. Ballesteros Olivos CF. Cuidado de enfermería en baby blues y maternity blues: una revisión de la literatura [Internet]. 2024 [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Fernando-Ballesteros-Olivos/publication/399996614_Cuidado_de_enfermeria_en_baby_blues_y_maternity_blues_una_revisi%00F3n_de_la_literatura/links/69739412e806a472e6a55be1/Cuidado-de-enfermeria-en-baby-blues-y-maternity-blues-una-revision-de-la-literatura.pdf
11. Roca A, Giménez AT, Esteve LG, Perpiñá SA. Depresión posparto [Internet]. Clínic Barcelona; 2019 [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto>
12. MSD Manuals. Depresión posparto [Internet]. MSD Manuals; [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
13. Rodríguez-Muñoz MF, Motrico E, Míguez C, Chaves C, Suso-Ribera C, Duque A, et al. Perinatal depression in the Spanish context: Consensus report from the general council of psychology of Spain. Clin Salud [Internet]. 2023 [citado 13 Abr 2026];34(2):51–63. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742023000200002&lng=es&nrm=iso
14. Salud Mental Perinatal. Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil [Internet]. 2025 [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2025/06/guia-para-la-integracion-de-la-salud-mental-perinatal-en-los-servicios-de-salud-materno-infantil.pdf>
15. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Documento i6702217 [Internet]. [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: <https://docs.academia.cat/i6702217>
16. Rodríguez-Muñoz MF, et al. Depresión posparto. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2020 [citado 31 Mar 2026];88(3):202–213. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000300202

17. Escuela Andaluza de Salud Pública. Cribado de depresión posparto [Internet]. 2025 Mar [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/CribadoDepresionPostparto_Mar25.pdf
18. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2021;50(1):11–21. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-validez-del-cuestionario-salud-del-S003474501930071X>
19. GuíaSalud. Evaluación y cribado de la depresión [Internet]. [citado 31 Mar 2026]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/6-evaluacion-y-cribado-de-la-depresion/>
20. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Cribado de la depresión perinatal [Internet]. Madrid: SEGO; 2017 [citado 6 Abr 2026]. Disponible en: <https://blogs.uned.es/mbc/wp-content/uploads/sites/31/2017/09/sego.pdf>
21. Therapyside. Autoestima en el embarazo. ¿Cómo aumentarla? [Internet]. 2019 [citado 7 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.therapyside.com/post-es/autoestima-en-el-embarazo-como-aumentarla>
22. Reproducción Asistida ORG. Estado de ánimo durante el embarazo [Internet]. 2023 [citado 6 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/estado-de-animo-embarazo/>
23. Stanford Medicine Children's Health. Hormones during pregnancy [Internet]. Stanford (CA): Stanford Children's Health; s.f. [citado 6 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=hormones-during-pregnancy-85-P04318>

24. Natalben. Síntomas hormonales del embarazo [Internet]. 2022 [citado 6 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.natalben.com/sintomas-hormonales-embarazo>
25. Viamed Salud. Cambios hormonales durante el embarazo: cómo influyen en tu cuerpo [Internet]. s.l.: Viamed Salud; 2024 [citado 6 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.viamedsalud.com/universomama/estoy-embarazada/consejos-dudas-embarazadas/cambios-hormonales-en-nuestro-cuerpo/>
26. Paria A, Atallah A, Nourredine M, Dubernard G, Joubert F, Landel V, et al. Early detection of perinatal depression in couples: a single-center prospective study. *Eur Psychiatry*. 2024;67(1):e48. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.1755
27. Meng J, Du J, Diao X, Zou Y. Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period. *Stress Health*. 2022;38(3):435–42. doi:10.1002/smi.3104
28. Bränn E, Fransson E, Wikman A, Kollia N, Nguyen D, Lilliecreutz C, et al. Who do we miss when screening for postpartum depression? A population-based study in a Swedish region. *J Affect Disord*. 2021;287:165–73. doi:10.1016/j.jad.2021.03.013
29. Howard S, Witt C, Martin K, Bhatt A, Venable E, Buzhardt S, et al. Co-occurrence of depression, anxiety, and perinatal posttraumatic stress in postpartum persons. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):232. doi:10.1186/s12884-023-05555-z
30. Alhusen JL, Hayat MJ, Borg L. A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Arch Womens Ment Health*. 2021;24(1):145–54. doi:10.1007/s00737-020-01032-0
31. Xiao Z, Qiu B, Guo X, Zhong T, Wu S. Effectiveness of nursing interventions in promoting maternal mental health during the postpartum period. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2025;63(10):49–59. doi:10.3928/02793695-20250415-01
32. Radoš SN, Ganho-Ávila A, Rodriguez-Muñoz MF, Bina R, Kittel-Schneider S, Lambregtse-van den Berg MP, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression. *Br J Psychiatry*. 2025;227(5):1–12. doi:10.1192/bjp.2025.43

33. Lewis BA, Schuver K, Dunsiger S, Samson L, Frayeh AL, Terrell CA, et al. Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):785. doi:10.1186/s12884-021-04257-8
34. Rodríguez-Gallego I, Vila-Candel R, Corrales-Gutierrez I, Gomez-Baya D, Leon-Larios F. Evaluation of the impact of a midwife-led breastfeeding group intervention on prevention of postpartum depression: A multicentre randomised clinical trial. *Nutrients*. 2024;16(2):227. doi:10.3390/nu16020227
35. Mohamed AH, Abobaker RM, Ibrahim MIT, AlHseinat MM, Ali HM, Razek RAA, et al. Effect of nursing intervention based on Ratu's model for preventing postpartum blues and depression among primiparous women: A treatment-control design. *Womens Health (Lond Engl)*. 2025;21(17455057251323155):17455057251323155. doi:10.1177/17455057251323155
36. Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):2. doi:10.1186/s12991-020-00320-4
37. Üstün G, Kelleci M. Psychometric properties of the peripartum depression predictors scale. *J Midwifery Health Sci*. 2025;8(3):212-222. doi:10.62425/esbder.1627189

12. ANEXOS

Tabla 9: Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable). 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado). 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.	
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.	
D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	
E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.	

Figura 1. DSM-V. Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor. 2022.

Tabla 2. Ítems de las preguntas Whooley y Arroll

Ítem 1	¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?	Sí / No
Ítem 2	¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?	Sí / No
Ítem 3	Si es así, ¿Siente que necesita ayuda?	Sí / No

Figura 2. Rodríguez-Muñoz M, Kovacheva K, Provencio M, López-Salmerón MD, Balbuena C, Fonseca A. Propiedades Psicométricas de las Preguntas de Whooley y Arroll para el Cribado de la Depresión Prenatal en Población Española. Rev Iberoam Diagn Eval - Aval Psicol [Internet]. 2026;78(4):177.

Available from:

<https://udimundus.udima.es/bitstream/handle/20.500.12226/3252/RIDEP78-Art13.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

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 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)

Nombre: _____
Dirección: _____
Su fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Figura 3. P. S. S. (n.d.). *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh*. Www.nj.gov. Retrieved April 12, 2026, from https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)¹⁰⁸ ©1999 Pfizer Inc.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado cada uno de los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Todos o casi todos los días
1	Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
3	Tener problemas para dormir o para mantenerse dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentirse mal consigo mismo/a-o sentirse fracasado/a, o pensar que se ha decepcionado a sí mismo o a los que le rodean	0	1	2	3
7	Tener dificultades para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8	Moverse o hablar tan lentamente que los demás lo han notado. O bien al contrario, estar tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9	Tener pensamientos sobre estar muerto/a o sobre hacerse daño a sí mismo de alguna manera	0	1	2	3
Puntuación total:					
10	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿le ha sido difícil cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto			----
		Algo difícil			----
		Muy difícil			----
		Extremadamente difícil			----

Puntos de corte	Síntomas depresivos o leves	Leve	Moderada	Grave
	<10	10-14	15-19	20-27

Figura 4. Guía de práctica clínica del SNS.

<https://projecteindi.cat/wp-content/uploads/2017/11/PHQ-9-1.pdf>

Cuestionario sobre la salud del paciente-2 (PHQ-2)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

For office coding: _____ 0 _____ + _____ + _____ + _____
 = Total Score _____

Figura 5. Méndez I, Crespo O, Muñoz R, Legazpi C. CRIBADO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL. ¿ES POSIBLE? [Internet]. Uned.es. [cited 2026 Apr 12]. Available from:

<https://blogs.uned.es/mbc/wp-content/uploads/sites/31/2017/09/sego.pdf>

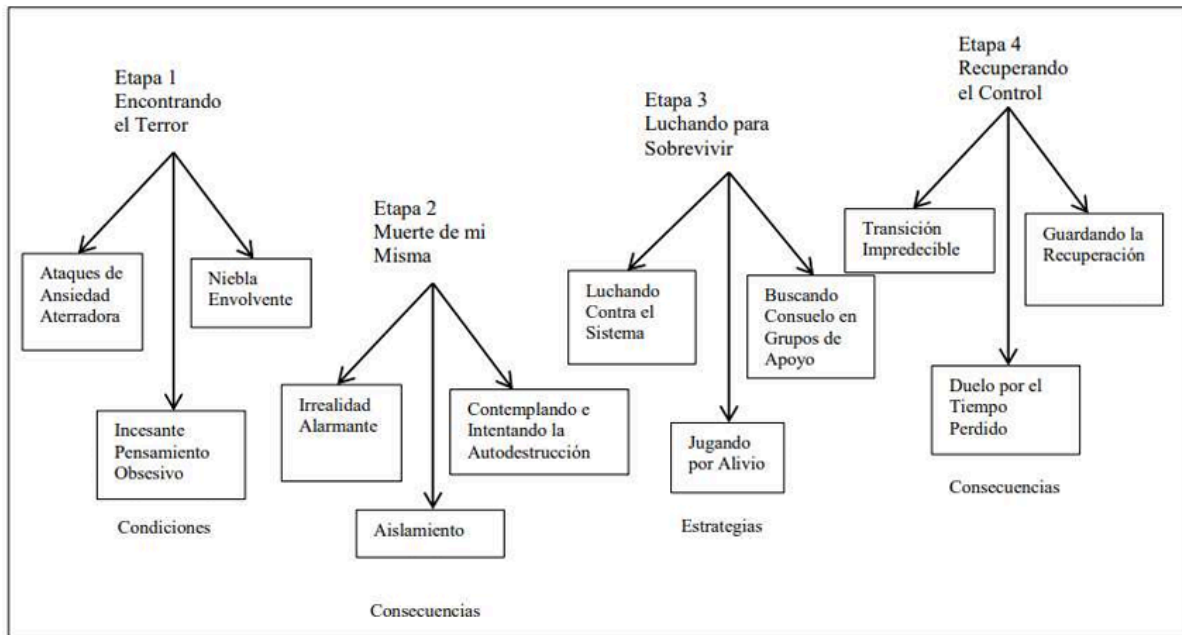


Figura 6. Beck y Driscoll. Etapas de la depresión postparto según Cheryl Tatano Beck. 2006

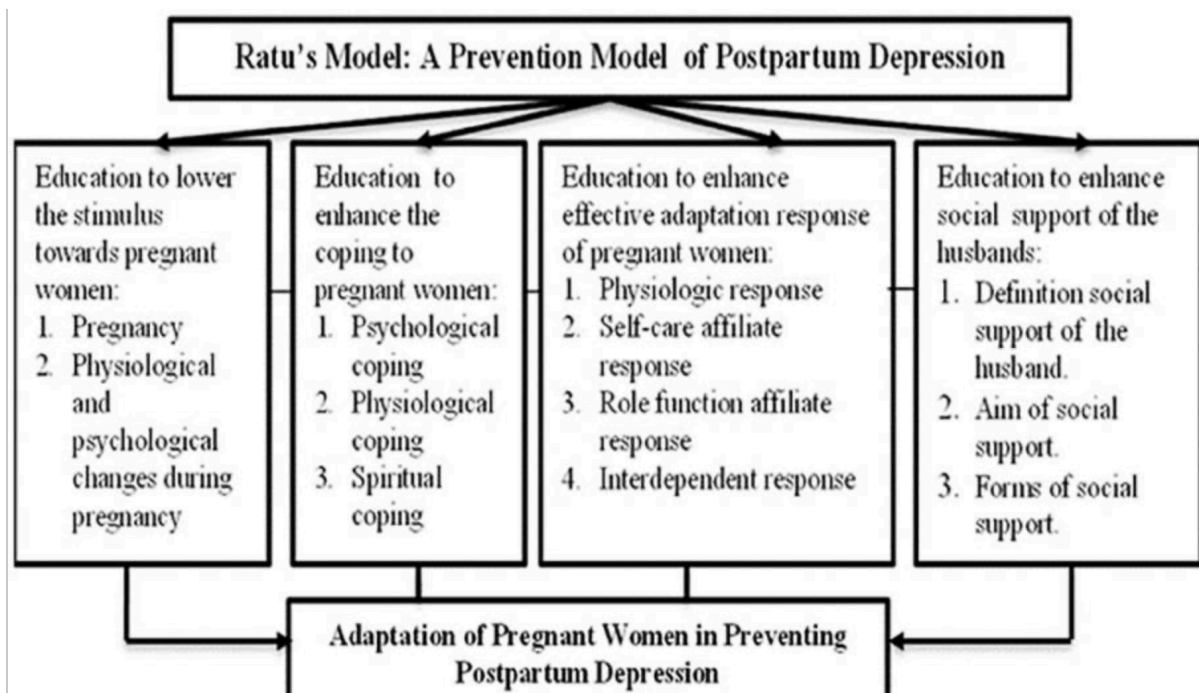


Figura 7. Kusuma et al. Modelo ratu. 2019

PREGUNTAS CASPE

- ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?
- ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?
- ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?
- ¿Se mantuvo el cegamiento en los pacientes, los clínicos y el personal del estudio?
- ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?
- ¿Al margen de la intervención en estudio, los grupos fueron tratados de igual modo?
- ¿Es importante el efecto del tratamiento?
- ¿Cuál es la precisión de este efecto?
- ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio o población?
- ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?
- ¿Los beneficios justifican los riesgos y los costes?

Adaptado de la guía CASPe para la lectura crítica de ensayos clínicos

- ¿Se orienta la revisión a una pregunta claramente definida?
- ¿Se incluyeron los estudios adecuados para responder a la pregunta?
- ¿Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura?
- ¿Se evaluó la calidad de los estudios incluidos?
- ¿Fue razonable combinar los resultados de los estudios?
- ¿Cuáles son los resultados principales de la revisión?
- ¿Cuál es la precisión de los resultados?
- ¿Se pueden aplicar los resultados a la población o contexto de interés?
- ¿Se consideraron todos los resultados clínicamente importantes?
- ¿Los beneficios de la intervención superan los posibles riesgos y costes?

Adaptado de las guías CASPe para la lectura crítica de revisiones sistemáticas.