

Cristina Amat Martí

Desirée Rodil Peralta

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN POSPARTO DE LA MADRE EN EL NIÑO Y
COMPARACIÓN DEL CRIBADO DE DEPRESIÓN POSPARTO ENTRE LAS
COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

TREBAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. María Inmaculada de Molina Fernández

Enfermería



**UNIVERSITAT
ROVIRA i VIRGILI**

TARRAGONA 2023

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiéramos agradecer a nuestra profesora Dra. M.^a Inmaculada de Molina Fernández por haber tutorizado nuestro trabajo de fin de grado. Gracias por habernos guiado en este camino, por tu dedicación, tus correcciones, tu paciencia, tu tiempo y por ayudarnos a dar ese último paso para ser enfermeras. Valoramos tu profesionalidad y tu amor hacia esta profesión.

A nuestros padres, madres y hermanos, quienes nos han acompañado durante todo este proceso. Gracias a ellos somos las personas que somos hoy en día. Gracias por habernos brindado un apoyo incondicional en todas nuestras metas y proyectos.

A nuestras parejas y amigas quienes han creído y confiado en nosotras día tras día cuando nosotras ni lo hacíamos. Dándonos ese empujón y ese chute de energía necesario cuando más falta nos ha hecho.

A la Universidad Rovira y Virgili, por ofrecernos la oportunidad de aprender, conocer, disfrutar y cumplir esta meta. Sin olvidarnos de todos los grandes docentes que hemos tenido el placer de conocer. Mostrándonos la gran labor de nuestra profesión.

Por último y no menos importante, nos agradecemos mutuamente entre nosotras porque aparte de compañeras de trabajo hemos sido un gran apoyo y motivación durante todo este camino desde que empezamos el grado. Por darnos la oportunidad de conocernos, apoyarnos y entendernos. Aunque el cansancio, algunas veces, haya sido nuestro talón de Aquiles, formamos un buen equipo de trabajo y de vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 11 |
| 2. OBJETIVOS..... | 14 |
| 3. Marco teórico | 15 |
| 3.1. El embarazo y el puerperio, un riesgo para la salud mental de la mujer. 15 | |
| 3.2. Epidemiología de los trastornos mentales durante el embarazo y posparto. | 18 |
| 3.3. La depresión posparto materna. | 19 |
| 3.3.1. Definición de DPP..... | 19 |
| 3.3.2. Síntomas de DPP | 19 |
| 3.3.3. Factores de riesgo de DPP | 19 |
| 3.3.4. Causas de DPP | 20 |
| 3.4. La Valoración, detección, manejo y tratamiento de problemas de la depresión posparto. | 21 |
| 3.4.1. Diagnóstico de DPP..... | 21 |
| 3.4.2. Escalas para la detección de riesgo de posible depresión posparto 22 | |
| 3.4.3. Tratamiento de la depresión posparto | 24 |
| 3.4.4. Recomendaciones para afrontar la DPP..... | 26 |
| 3.4.5. Evidencia de la guía de práctica clínica de la atención en el embarazo y puerperio..... | 27 |
| 3.5. Cribado para identificar el riesgo de depresión posparto de la madre en las diferentes comunidades autónomas de España..... | 28 |
| 3.5.1. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Cataluña | 28 |
| 3.5.2. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Cantabria | 29 |
| 3.5.3. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de las Islas Baleares | 31 |
| 3.5.4. Protocolo de atención y acompañamiento en el nacimiento de Murcia | 31 |
| 3.5.5. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Canarias | 32 |
| 3.5.6. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Castilla y León . 32 | |
| 3.5.7. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Andalucía | 33 |
| 3.5.8. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Valencia | 33 |
| 3.5.9. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Castilla-La Mancha | 34 |
| 3.5.10. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de País Vasco..... | 34 |

| | |
|--|----|
| 3.5.11. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Galicia..... | 35 |
| 4. METODOLOGÍA..... | 36 |
| 4.1. Introducción de la metodología..... | 36 |
| 4.2. Criterios de inclusión y exclusión..... | 36 |
| 4.3. Resultados de la búsqueda bibliográfica..... | 37 |
| 5. RESULTADOS..... | 39 |
| 5.1. La influencia de la depresión postparto en la lactancia materna..... | 39 |
| 5.2. La influencia de la depresión postparto en el vínculo madre e hijo..... | 43 |
| 5.3. La influencia de la depresión postparto en el comportamiento de los niños..... | 44 |
| 5.4. La influencia de la depresión postparto en el desarrollo infantil..... | 46 |
| 5.5. Tabla de comparación entre protocolos..... | 47 |
| 6. DISCUSIÓN..... | 50 |
| 6.1. Las consecuencias de la DPP en la lactancia materna..... | 50 |
| 6.1.1. Recomendaciones de alimentación en los primeros años de vida del niño..... | 50 |
| 6.1.2. La depresión postparto y su influencia en la lactancia materna..... | 51 |
| 6.1.3. La autoeficacia para la lactancia materna y la DPP..... | 53 |
| 6.2. Influencia de la DPP en el vínculo entre madre-hijo..... | 54 |
| 6.3. La depresión postparto como afecta al comportamiento del niño..... | 55 |
| 6.4. Influencia de la salud mental materna en el desarrollo infantil..... | 57 |
| 6.4.1. Cómo influye la depresión postparto en la interacción con sus hijos y sus posibles consecuencias..... | 58 |
| 6.4.2. Depresión postparto como afección en el desarrollo del niño..... | 59 |
| 6.5. Diferencias del cribado de la DPP en diferentes comunidades autónomas en España..... | 61 |
| 6.5.1. Cribado depresión postparto..... | 61 |
| 6.5.2. Cuestionario de Whooley..... | 61 |
| 6.5.3. Escala de Edimburgo..... | 63 |
| 6.5.6. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)..... | 67 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 68 |
| 8. LIMITACIONES..... | 70 |
| 9. BIBLIOGRAFIA..... | 71 |
| 10. ANEXOS..... | 81 |
| 1. Escalas para la detección de riesgo de depresión postparto..... | 81 |

| | |
|---|----|
| 1.1. Escala de Edimburgo..... | 81 |
| 1.3. Cuestionario de depresión de Beck | 83 |
| 2. Estrategias de búsqueda de la revisión bibliográfica. | 89 |
| 2.1. Estrategias de búsqueda en PubMed. | 89 |
| 2.2. Estrategias de búsqueda en Dialnet | 89 |
| 2.3. Estrategias de búsqueda en Cinahl | 89 |
| 3. Escala de autoeficacia para la lactancia materna | 90 |

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Pubmed (Elaboración propia).

Figura 2. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Dialnet (Elaboración propia).

Figura 3. Resultado de la búsqueda bibliográfica en CINAHL (Elaboración propia).

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en la lactancia materna (Elaboración propia).

Tabla 2. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en el vínculo madre e hijo. (Elaboración propia).

Tabla 3. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en el comportamiento de los niños. (Elaboración propia).

Tabla 4. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en el desarrollo infantil. (Elaboración propia).

Tabla 5. Tabla de comparación del cribado de la depresión posparto entre las comunidades autónomas de España. (Elaboración propia).

RESUMEN

Objetivos: Determinar las posibles consecuencias en el niño de la depresión posparto (DPP) de la madre. Y, revisar los protocolos de seguimiento y control del embarazo de las diferentes comunidades autónomas de España y analizar si existen discrepancias en ellos a la hora de cribar el riesgo de padecer una DPP.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL y Dialnet Plus.

Resultados: Han sido analizadas un total de 25 referencias que cumplieran los criterios de inclusión, además de los distintos protocolos de detección de la DPP en las diferentes comunidades de España. La relación entre la lactancia materna y la DPP es bidireccional; no amamantar puede aumentar el riesgo de DPP, pero también la DPP puede afectar a disminuir las tasas de lactancia materna y al cese temprano de esta. La depresión posparto de la madre puede influir negativamente en el comportamiento materno y en su relación con el niño y, en consecuencia, perjudicar el vínculo madre e hijo. Existe una relación negativa entre los problemas de comportamiento de los niños con la depresión posparto de la madre. El comportamiento de internalización y externalización de los niños se asocia con síntomas de DPP, sobre todo si existe una prolongación de la DPP, igual que los problemas conductuales de los niños a los 2-3 años. Por otro lado, se evidencia la asociación negativa entre la depresión posparto y el desarrollo infantil. Por último, después de analizar los diferentes protocolos de embarazo existentes en las diferentes comunidades autónomas, se observan discrepancias a la hora del cribado de riesgo de la DPP entre ellas.

Conclusiones: Se requiere profundizar en la salud mental materna, para poder identificar el riesgo de padecer una DPP a nivel clínico y subclínico, para así poder diagnosticarla y proporcionar tratamiento, con el objetivo de reducir las consecuencias negativas en los hijos de mujeres con DPP.

Palabras clave: depresión posparto, lactancia materna, vínculo madre e hijo, comportamiento infantil, desarrollo del niño y protocolos de atención a la salud mental en el embarazo y puerperio.

ABSTRACT

Objectives: To determine the possible consequences of maternal postpartum depression (PPD) in children and to review the pregnancy follow-up and control protocols in different autonomous communities in Spain. The study also aims to analyze any discrepancies in screening for the risk of PPD among these protocols.

Methodology: A literature review was conducted using the PubMed, CINAHL, and Dialnet Plus databases.

Results: A total of 25 references that met the inclusion criteria were analyzed, along with the various protocols for detecting PPD in different Spanish communities. The relationship between breastfeeding and PPD is bidirectional: not only breastfeeding may increase the risk of PPD, but also PPD may also affect breastfeeding rates and lead to early cessation of breastfeeding. Maternal postpartum depression can have a negative impact on maternal behavior and the mother-child relationship, thus affecting mother-infant bonding. There is a negative correlation between children's behavioral problems and maternal postpartum depression. Children's internalizing and externalizing behaviors are associated with PPD symptoms, particularly if PPD persists, and children may exhibit behavioral issues at 2-3 years of age. Additionally, a negative association between postpartum depression and child development has been observed. Furthermore, discrepancies were found among the different pregnancy protocols used in various autonomous communities when screening for PPD risk.

Conclusions: It is crucial to delve deeper into maternal mental health in order to identify the risk of PPD at both clinical and subclinical levels. Early diagnosis and treatment are essential to reduce the negative consequences for children of women with PPD.

Keywords: postpartum depression, breastfeeding, mother-child bonding, infant behavior, child development, mental health care protocols during pregnancy and postpartum period.

1. INTRODUCCIÓN

Durante la etapa de gestación, las mujeres experimentan muchos cambios anatómicos y fisiológicos, dirigidos a favorecer el desarrollo del feto y facilitar su salida en el parto. Aunque se espera que este periodo sea una experiencia emocionalmente gratificante, en la que predominen los sentimientos positivos, la realidad es que, en ocasiones, la madre sufre desequilibrios emocionales que pueden derivar en una DPP (1,2).

En esta etapa, alrededor del 80% de las madres experimentan algún tipo de trastorno del estado del ánimo, que pueden variar desde la aparición de síntomas leves como tristeza y llanto ocasional, hasta problemas más graves, considerados patológicos, como ansiedad y/o depresión, con aparición de pensamientos suicidas y/o dificultades importantes a la hora de relacionarse con su bebé (1,2,3).

La ansiedad y la depresión son los trastornos mentales más comunes que puede sufrir la madre durante la etapa perinatal, que abarca tanto la gestación como el parto. (4) Según la Guía NICE 2014, actualizada en febrero de 2020, aproximadamente el 12% de las mujeres experimentan depresión, y su incidencia mundial es del 15%, incluyéndola en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Asociada a suicidio, una de las causas más importantes de muerte materna durante el periodo perinatal (5).

Esta depresión también afecta entre el 15 y el 20% de las mujeres durante el primer año después del parto. Se estima que una de cada diez madres sufrirá una depresión posparto, no obstante, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede llegar a afectar a una de cada seis mujeres que han dado a luz (4).

Por ende, los profesionales de la salud pueden infradiagnosticar o confundir estos trastornos en un 50% de los casos, lo que puede llevar a una falta de tratamiento adecuado y una mala calidad de vida para la madre, el bebé y la familia (3).

En casos extremos, la falta de intervención apropiada puede poner en riesgo la vida de la madre y/o el bebé. Debido a la alta frecuencia y discapacidad asociada a estos trastornos, representan un problema de salud pública en la actualidad (3).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en relación con este tema publicó en 2022 unas directrices globales para respaldar a mujeres y recién nacidos en el período

posnatal, que abarca las seis semanas posteriores al parto. Este período es crucial para garantizar la supervivencia del recién nacido y de la madre, apoyar el desarrollo saludable del bebé y fomentar la recuperación, el bienestar mental y físico general de la madre (6).

En la actualidad, más de tres de cada diez mujeres y bebés en todo el mundo no reciben atención posnatal en los primeros días después del nacimiento, siendo el momento crítico en el que ocurre la mayoría de las muertes maternas e infantiles. Si no se tratan, las consecuencias físicas y emocionales del parto, pueden ser debilitantes durante este período, a pesar de que a menudo son fáciles de tratar si se brinda la atención adecuada en el momento adecuado (6).

Las nuevas directrices incluyen más de 60 recomendaciones para crear una experiencia posnatal positiva para mujeres, bebés y familias. Entre las recomendaciones, se incluye atención de calidad en los establecimientos de salud durante al menos 24 horas, visitas domiciliarias, medidas para detectar y responder a los signos de peligro, asesoramiento sobre lactancia materna, exploración de todos los recién nacidos y apoyo para interactuar con el bebé. Además, se recomienda la participación de la pareja, cribados para detectar depresión y ansiedad posparto, y consultas posnatales adicionales (6).

Por todos esos motivos, creemos que es importante investigar sobre este tema, primero, porque la depresión posparto es un problema frecuente en mujeres embarazadas. La DPP afecta al desarrollo de algunas partes del cerebro del bebé que están relacionadas con el aprendizaje y la memoria. También puede dar consecuencias en el ciclo de interacción entre la madre y el niño, impactando en la capacidad de la madre de poder darse cuenta de las señales del niño que le está mostrando y poder relacionarse positivamente con él y por lo tanto perjudicando en un apego seguro. Por esta causa, cuando una madre presenta depresión posparto puede afectar a su papel fundamental que es ser la cuidadora del niño y ayudarlo a desarrollarse de forma correcta. Además, el tema de estudio resalta por su importante prevalencia, en Europa se estima que entre 9 y 13% de las puérperas sufren de depresión postparto, y en España en torno a un 10-15%. Observando que es más común en madres adolescentes (26%) y en mujeres que presentan condiciones económicas bajas (32,8%) (7,8).

Creemos que es un tema importante para investigar en nuestra profesión por el hecho de saber que cuidados tenemos que ofrecer nosotras como enfermeras cuando estemos delante de un caso así, tanto a la madre como al niño, ya que nosotras seremos las que

estaremos acompañando y cuidando de ellos en el proceso de crecimiento del niño. Además, al realizar un trabajo sobre este tema y estudiarlo, permitirá en un futuro poder mejorar la asistencia sanitaria de manera que se puedan diseñar nuevas intervenciones acordes a las necesidades reales descritas por mujeres que hayan sufrido depresión posparto.

Por ese motivo, el presente trabajo de fin de grado se centra en analizar las posibles consecuencias de la depresión posparto en el niño, identificar los factores de riesgo maternos en la DPP, y determinar las posibles medidas preventivas ante la DPP en España. Asimismo, se examina cómo afecta la depresión posparto en la lactancia materna, en la relación madre-hijo, en el comportamiento del niño y en su desarrollo emocional y cognitivo.

Para alcanzar estos objetivos, se llevará a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de estudios y publicaciones científicas relevantes en el tema, así como una evaluación crítica de los protocolos de seguimiento de la mujer gestante de las diferentes comunidades autónomas de España, con el fin de verificar si existen discrepancias en ellos a la hora de la detección precoz del riesgo de padecer una DPP.

En definitiva, este trabajo de fin de grado tiene como finalidad contribuir a la comprensión de la importancia de la detección y tratamiento precoz de la depresión posparto, así como de la necesidad de implementar medidas preventivas y de seguimiento adecuadas para asegurar el bienestar emocional y cognitivo tanto de la madre como del niño.

2. OBJETIVOS

Seguidamente, se expondrán los objetivos de este trabajo divididos en objetivos generales y objetivos específicos:

Objetivos generales:

- Determinar las posibles consecuencias que puede tener el niño a causa de la depresión posparto de la madre.
- Analizar los protocolos de seguimiento y control del embarazo de las diferentes comunidades autónomas de España, y verificar si existen discrepancias en ellos a la hora de la detección precoz de la DPP.

Objetivos específicos:

- Identificar cómo afecta la depresión posparto en la lactancia materna.
- Determinar la repercusión de la depresión posparto en la relación de madre e hijo.
- Examinar cómo afecta la depresión posparto al comportamiento del niño.
- Analizar cómo afecta la depresión posparto al desarrollo del niño.
- Identificar los factores de riesgo maternos en la DPP.
- Determinar las posibles medidas preventivas ante la DPP en España.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. El embarazo y el puerperio, un riesgo para la salud mental de la mujer.

El embarazo es un período de adaptación a una nueva situación en el que la mujer se expone a muchos cambios físicos y psicológicos (9).

En este periodo, se produce un aumento de la producción de algunas hormonas necesarias para preparar el cuerpo para el embarazo y mantenerlo, como: los estrógenos y la progesterona, la gonadotropina coriónica, que suprime la menstruación, los estrógenos y prolactina, para preparar las glándulas mamarias para la lactancia, la oxitocina, para inducir el parto, las hormonas tiroideas, que incrementan funciones corporales de la madre para que el crecimiento del feto sea adecuado o la insulina para la regulación de la glucosa. Estas variaciones hormonales son las responsables de muchos de los cambios que tienen lugar en el cuerpo femenino durante la gestación y pueden afectar en los cambios de humor e irritabilidad (9).

En los primeros meses de embarazo es normal que la mujer sufra cambios de humor. Esto es causado por los cambios hormonales y las preocupaciones respecto a la evolución del embarazo que surgen normalmente en el primer trimestre. Durante el segundo trimestre normalmente se experimenta un momento de mayor tranquilidad, ya que muchas preguntas han sido respondidas, se notan los movimientos del bebé y, por lo tanto, hay más conexión entre madre e hijo. Aparte, desaparecen posibles síntomas de náuseas y vómitos. En el tercer trimestre, el hecho de que se aproxime el parto hace que vuelvan las preocupaciones y temores por la salud del bebé y por la capacidad de cuidarlo. Además, los cambios en el cuerpo en ese último período pueden empeorar la autoestima, ya que la mujer puede no sentirse tan atractiva o sentir miedo a no volver a ser la misma después del parto (9).

Debido a estos factores de cambio físicos, hormonales y emocionales, la etapa del embarazo resulta una etapa vulnerable para el aumento de síntomas característicos de sufrimiento emocional y para la aparición de trastornos mentales (10).

Por esa razón, los Trastornos Mentales Perinatales (TMP) han sido destacados, en los últimos años, como un importante problema de salud pública, debido al impacto que tienen sobre la salud y calidad de vida de las mujeres y también, en sus hijos a corto y largo plazo. Por estos motivos, se destaca la importancia de la detección, prevención y tratamiento especializado de los TMP (11). Los trastornos mentales más comunes

durante el embarazo son el Trastorno Depresivo Mayor con un 21,6% y el Trastorno de Ansiedad Generalizada con un 19,8% (10).

Los trastornos en esta etapa suponen un elemento de complejidad en aquellas mujeres con trastornos mentales, tanto por el impacto de la enfermedad materna como por la exposición a los psicofármacos u otras intervenciones terapéuticas (terapia electroconvulsiva, hospitalizaciones) durante la gestación y la lactancia. Aproximadamente, 1 de cada 5 mujeres padecerá un trastorno a lo largo de la gestación y/o en el período del posparto (11).

El puerperio es el período de tiempo que va desde el nacimiento hasta las primeras seis u ocho semanas después del parto, dura aproximadamente 40 días (12). Se clasifica en tres etapas: puerperio inmediato (las primeras 24 horas después de parto), puerperio mediato (se extiende desde el segundo al décimo día postparto) y puerperio alejado (entre el décimo día hasta el final del posparto) (13).

Durante esta etapa, el cuerpo de la mujer va recuperándose progresivamente, y a la vez adaptándose a los nuevos cambios; físicos, hormonales, psicológicos y la nueva situación familiar. Después del parto, algunas mujeres sienten mayor inseguridad sobre su cuerpo, a menudo tienen menos tiempo de cuidar de ellas y menos horas de sueño (12).

A nivel hormonal, los niveles de estrógenos y progesterona caen bruscamente tras el nacimiento del bebé, esto podría afectar en el humor. Las investigaciones resaltan que los cambios hormonales son más influyentes en la melancolía posparto y en la psicosis puerperal (14).

Respeto a las emociones, a menudo las mujeres no experimentan tras el nacimiento de su hijo los sentimientos que habían esperado, debido a su cansancio. Algunas madres sí que desde el primer momento sienten una abrumadora ola de "amor maternal", pero otras su amor va creciendo progresivamente. Además, muchas mujeres se sienten más sensibles y susceptibles de lo habitual. En esta adaptación, se experimentan sentimientos y emociones muy intensas como: felicidad, alegría y tranquilidad, pero también: tristeza, apatía, inseguridad y ansiedad (12). Por este motivo, se consideran períodos delicados y vulnerables en la vida de la mujer (12,15) y a la vez, susceptibles para desarrollar trastornos psíquicos (16,14).

Por último, a nivel social, existe un gran cambio después del nacimiento del bebé. Las exigencias en su cuidado, sumándole la recuperación del estado físico y emocional, puede influir en un descenso de su vida social. Este cambio también podría generar tensión con la pareja, por falta de tiempo para estar juntos, o por cambios en la convivencia. Aspecto que puede depender, del grado de apoyo social que tenga la mujer (14).

La **tristeza posparto o *maternity blues***, es una alteración del estado de ánimo que suele aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto y dura aproximadamente 10 días. Está causada por cambios psicológicos, hormonales y sociales. Después suele ir desapareciendo por sí sola a medida que las mujeres se adaptan a la nueva vida que conlleva la maternidad. Su prevalencia oscila entre el 50-80% de las mujeres (16), siendo más frecuente en mujeres primerizas (14). Sus síntomas son menores que en una DPP sin necesidad de atención médica o psicológica (17), aun así, se recomienda informar a la mujer, a su pareja y a su entorno, la existencia de la tristeza posparto y sus diferencias con la DPP (16). Del mismo modo, se recomienda contactar con un profesional de la salud si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos o tres semanas, para descartar la presencia de la DPP (16).

Esta reacción emocional que aparece está asociada a cambios biológicos importantes que ocurren antes, durante y después del parto, y al esfuerzo adaptativo para desarrollar conductas maternas como la lactancia, el vínculo y los cuidados del bebé (18,20).

La **depresión posparto** es una depresión que puede ser de moderada a intensa y se puede manifestar algunas semanas después del parto o durante los primeros doce meses posteriores al mismo. Se diferencia de la tristeza posparto por su aumento de gravedad en los síntomas y por sus diferencias en la durabilidad (16). Más adelante se profundizará en la DPP. La depresión posparto más grave, si no es correctamente tratada, puede derivar en una psicosis posparto (19).

La **psicosis posparto** es uno de los trastornos mentales más severos que pueden aparecer después del parto (10). Este trastorno se manifiesta generalmente de forma brusca entre el tercer y el noveno día posparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes. (16)

Es mucho menos frecuente, solo le ocurre a una madre primeriza de cada mil y es más grave que la DPP (14). Las mujeres que presentan antecedentes de trastornos

psicóticos previos tienen un riesgo del 35% de desarrollar la psicosis posparto. Además, si esta psicosis se produce en el primer nacimiento y el posparto, el siguiente nacimiento tiene una probabilidad de entre el 50% y 60% de posibilidades de recurrencia, con una posible recaída con episodios maníacos o depresivos (18).

Entre los factores de riesgo para la psicosis posparto se destacan los siguientes antecedentes: trastornos afectivos como la bipolaridad, psicosis posparto previa, esquizofrenia previa o complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o posparto. La sintomatología suele comenzar con la incapacidad para descasar o insomnio, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad emocional, así como signos de confusión, preocupación excesiva o rechazo a la comida (18).

En el proceso de la psicosis posparto podemos identificar dos fases: una fase inicial, que suele durar alrededor de una semana generalmente, y una fase aguda en la que aparecen los delirios y alucinaciones, junto con otros síntomas graves (18).

En la mayoría de estos casos se recomienda hospitalización, sobre todo por la existencia del riesgo de hacerse daño a ella misma o al niño (16).

Aparte, durante el embarazo y el puerperio pueden aparecer otros trastornos como: trastorno de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivos, trastorno de abuso de sustancias, intentos autolíticos o trastorno por estrés postraumático. Estos trastornos también pueden coexistir con la depresión (17, 21).

Por último, las tasas de suicidio durante la gestación y el puerperio son menores que en otras épocas de la vida. No obstante, las tasas de suicidio consumado, la violencia y la letalidad son mayores. También existe el neonaticidio, que es el homicidio del recién nacido en sus 24 h de vida, que se asocia a una negación del embarazo, falta de cuidado prenatal, despersonalización y amnesia transitoria del parto. Y el infanticidio, que se define como el homicidio del recién nacido en su primer año de vida (21).

3.2. Epidemiología de los trastornos mentales durante el embarazo y posparto.

Los trastornos mentales perinatales presentan una elevada prevalencia, ya que su porcentaje oscila entre el 25%. Actualmente, la depresión y la ansiedad resultan ser los problemas de salud mental más frecuentes durante el período del embarazo, con un porcentaje del 12% de depresión y un 13% de ansiedad. Cabe destacar, que se pueden

padecer ambas patologías a la vez. Hoy en día, la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en el posparto afectan a un 18% de las madres. Por último, la psicosis puerperal afecta entre 1 o 2 cada 1.000 puérperas (22).

3.3. La depresión posparto materna.

3.3.1. Definición de DPP

La Depresión Posparto (DPP) es una de las enfermedades que sufre la madre, más comunes, que pueden manifestarse algunas semanas después del parto o durante los primeros doce meses posteriores al mismo (7,24). Esta enfermedad puede tener consecuencias invalidantes tanto en la madre como en sus funciones maternas de alimentación, crianza y vinculación afectiva (23).

Una de cada diez madres sufrirá una depresión posparto durante el primer año de vida de su recién nacido. Por consecuencia, muchas de ellas les resultarán difícil hablar de sus sentimientos debido al miedo de no ser comprendidas por su familia y porque se culpabilizarán de experimentar esa sensación de tristeza en un momento que en teoría se supone que debería de ser feliz (23).

3.3.2. Síntomas de DPP

La depresión posparto se define principalmente por la presencia de un estado prolongado de tristeza, falta de entusiasmo e interés por las actividades de la vida cotidiana, tendencia a llorar frecuentemente, disminución de la energía, pérdida de apetito, falta de sueño y presencia de sentimientos de culpa por no ser una madre adecuada. Además, la ansiedad es un síntoma común que puede afectar a las funciones maternas, como el autocuidado, la lactancia, el vínculo entre madre e hijo y la crianza (7).

3.3.3. Factores de riesgo de DPP

Entre los factores causales o de riesgo que pueden causar la DPP, el factor de riesgo más significativo para la depresión posparto es tener antecedentes de este trastorno antes del embarazo (23). Las mujeres que han sufrido de enfermedad depresiva previamente y aquellas que no hayan tenido suficientes mecanismos de apoyo efectivos son especialmente vulnerables. En estos casos, la patología se puede manifestar con una sintomatología de mayor intensidad y, por lo tanto, existe un mayor riesgo de sufrir consecuencias más graves (7,24).

Otro factor de riesgo es sufrir síndrome premenstrual, las mujeres que lo padecen son más susceptibles a presentar síntomas depresivos debido a los cambios hormonales que ocurren durante el posparto (23).

Los acontecimientos vitales estresantes que se viven durante el embarazo, se consideran factores de riesgo, alguno de estos son, por ejemplo, el sufrir una enfermedad, muerte o sufrimiento de algún ser querido, complicaciones obstétricas previas (como un parto complicado o no planificado, abortos anteriores, parto prematuro, ingreso del neonato en la UCI, malformaciones congénitas), o vivir situaciones estresantes crónicas como problemas económicos, falta o problemas de vivienda, tener al cargo el cuidado de familiares, conflictos de pareja, el estado civil de la madre, falta de apoyo, entre otros (25,23).

Otro factor de riesgo, que cabe destacar, es el haber sufrido abuso o violencia, ya sea en la infancia o en la edad adulta, y en particular será un factor de riesgo más agravado aquellas que han sufrido maltrato de pareja durante el embarazo (23,24).

Asimismo, los rasgos de personalidad extremos y tener antecedentes psiquiátricos positivos, como la inestabilidad emocional, la tendencia a preocuparse en exceso, la baja autoestima o el perfeccionismo extremo, también son factores de riesgo para la depresión posparto (25,23).

Por último, algunos de los factores de riesgo que debemos tener en cuenta ya que pueden aumentar las posibilidades de sufrir DPP: son las dificultades con la lactancia, la edad gestacional, los cambios hormonales, la privación del sueño y la predisposición genética (25).

3.3.4. Causas de DPP

Aunque se desconocen las causas de la depresión posparto, se cree que existen diferentes vulnerabilidades que podrían ocasionarla. Las hipótesis que intentan explicar su aparición y mantenimiento se engloban en el modelo general de vulnerabilidad frente al estrés. Lo que caracteriza este modelo es que considera el parto como un estresor neurohormonal e inmunológico, y la transición hacia la maternidad como un tipo de estresor psicosocial. El conjunto de factores estresores requieren que el organismo realice un esfuerzo adaptativo para responder a las demandas de la maternidad, pudiendo desencadenar la depresión (7,23).

Existen diferentes factores que pueden contribuir a la vulnerabilidad de una mujer a padecer depresión posparto, entre ellos encontramos (7,23) :

- **Vulnerabilidad genética:** Se han hallado genes implicados con la serotonina y la depleción de triptófano, la respuesta al estrés y los receptores estrogénicos que pueden influir en la susceptibilidad de una mujer a la enfermedad.
- **Vulnerabilidad neurohormonal:** Durante el parto y el posparto inmediato se produce una disminución brusca de los niveles de estrógenos provocando la disminución de neurotransmisores cerebrales que están relacionados con la aparición de sintomatología depresiva.
- **Vulnerabilidad cognitiva:** Las estrategias de afrontamiento que tiene cada mujer, así como el apoyo social y familiar que ella misma recibe durante el proceso perinatal, pueden intervenir en la capacidad de la madre para manejar los cambios emocionales y físicos que conlleva la maternidad.
- **Vulnerabilidad psicosocial:** La transición a la maternidad implica cambios de roles, así como cambios físicos, falta de tiempo y de independencia, y la pérdida del estatus laboral, esto puede provocar estrés y afectar en su estado de ánimo durante el periodo perinatal.

3.4. La Valoración, detección, manejo y tratamiento de problemas de la depresión posparto.

3.4.1. Diagnóstico de DPP.

Para realizar el diagnóstico de la DPP, el médico o psiquiatra seguirá las indicaciones del DSM-V; el cual define la depresión posparto como un episodio depresivo mayor que ocurre durante el periodo perinatal, y se caracteriza por un estado de tristeza prolongado y pérdida del interés que persiste durante la mayor parte del día y al menos durante 15 días, junto con al menos 5 de los siguientes síntomas: (7,23,24)

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, el cual puede aparecer de forma comuna entre los 4 y 5 días después del parto y puede durar desde horas hasta días conociéndose como *babyblues*, pero si sobrepasa las 2 semanas, se le considera depresión posparto. Si la depresión es grave o duradera pueden aparecer sentimiento de desesperación que se pueden acompañar de pensamientos relacionados con la muerte o con la idea de desaparecer.

- Disminución del interés o capacidad para disfrutar de las actividades, incluyendo la interacción con el recién nacido. Este suceso es poco frecuente después del nacimiento, pero se debe prestar atención a la presencia de anhedonia, que sugerirá depresión posparto.
- Alteraciones en el patrón del sueño, que son comunes debido a los cuidados que se deben brindar al recién nacido. No obstante, si la madre presenta insomnio cuando el recién nacido duerme o si tiene hipersomnia, se debe sospechar de depresión posparto.
- Pérdida o aumento del apetito y del peso.
- Sensación de cansancio y pérdida de energía, es común debido a la privación del sueño por el cuidado del recién nacido, pero se debe sospechar de depresión posparto si persiste a pesar del sueño y las siestas adecuadas de la madre.
- Sentimientos excesivos de culpa e inutilidad, siendo poco común después del parto. Con tendencia a pensamientos repetitivos sobre las capacidades maternas y experimentando sentimientos de fracaso, decepción o culpa.
- Disminución de la capacidad de concentración, con dificultad para pensar o tomar decisiones asociándose a falta de sueño. No obstante, si la madre consigue dormir, pero presenta inhabilidad para tomar decisiones y pérdida de continuidad el pensamiento, se sospecha de depresión posparto.
- Dificultades para realizar el vínculo afectivo con el recién nacido.
- Agitación o retraso psicomotor, que se debe sospechar si la madre presenta enlentecimiento al hablar o incapacidad de permanecer sentada en un mismo lugar.
- Ideas suicidas, como el deseo de no despertar más o el pensamiento de que el bebé estaría mejor sin la madre, intentos de suicidio, así como deseos o planes de poner fin a su vida.

3.4.2. Escalas para la detección de riesgo de posible depresión posparto

Cuestionario de Whooley:

Los ítems de Whooley, compuestos por dos preguntas sobre el estado de ánimo y anhedonia del Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9), ("¿Se ha sentido desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza en el último mes?" y "¿Ha tenido poco interés o ha disfrutado poco haciendo cosas en el último mes?"), tienen una respuesta dicotómica (Sí/No) y un punto de corte de 1. Debido a sus propiedades psicométricas, se ha recomendado para identificar la depresión en pacientes con factores de riesgo, aunque es una versión simplificada del PHQ-9 (26).

Escala de Edimburgo:

La Escala de Depresión Posparto de Edimburgo se utiliza de forma eficaz para identificar a pacientes en riesgo de depresión. Consiste en un cuestionario desarrollado por Cox y colaboradores en 1987, formado por 10 preguntas relacionadas con disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y concentración. Esta escala no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de personalidad (25,27,28).

Las respuestas de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) se valoran con puntos del 0 al 3, dependiendo de la gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene después de sumar todos los puntos. Una puntuación mayor de 10 indica la probabilidad de depresión, pero no su intensidad. No obstante, si se elige cualquier número distinto de 0 en la pregunta número 10, indica un intento de autolesión y se necesitan evaluaciones adicionales inmediatas (25,27)

Es importante tener en cuenta que la puntuación de la EPDS está destinada a complementar el juicio clínico y no a reemplazarlo. Las mujeres serán evaluadas en mayor profundidad antes de decidir el tratamiento adecuado. Se recomienda utilizar esta escala como una herramienta de detección del riesgo en la primera visita posparto (con alta calidad) y también en las seis semanas posteriores (con calidad débil) (25,27) (ver en anexo 1.1).

Cuestionario de depresión de Beck:

El cuestionario de depresión de Beck, también conocido como BDI, es una escala genérica que se utiliza ampliamente para detectar síntomas depresivos en adolescentes a partir de 17 años y adultos de todo el mundo (25).

Este cuestionario tiene diferentes versiones, las cuales han sido validadas y traducidas al castellano en España desde su versión original de 1961, pasando por la versión revisada de 1978 (BDI-IA) y la versión más reciente de 1996 (BDI-II), que fue adaptada por Sanz et al. (26).

El BDI está formado por 21 ítems que se dividen en dos subescalas: afectiva y somática. La subescala afectiva incluye síntomas como el pesimismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad, mientras que la subescala somática incluye síntomas como la tristeza, la irritabilidad y la pérdida de energía. Cada ítem se puntúa y

se suman los puntos para obtener una puntuación total. Las puntuaciones se clasifican de la siguiente manera: (25) (ver en anexo 1.2)

- De 0 a 9 puntos: depresión mínima
- De 10 a 16 puntos: depresión leve
- De 17 a 29 puntos: depresión moderada
- De 30 a 63 puntos: depresión severa

En resumen, el BDI es una escala genérica ampliamente utilizada para detectar síntomas depresivos en adolescentes y adultos, mientras que la EPDS es una escala específica diseñada para detectar la sintomatología depresiva después del parto (25).

3.4.3. Tratamiento de la depresión posparto

El tratamiento de la depresión posparto consta de una intervención por un equipo multidisciplinar especializado. Requiere de un plan individualizado basado en las necesidades de la madre (29). No todas las mujeres con DPP requieren de tratamiento, pero se debe tener en cuenta que no interesa mucha durabilidad, ya que sus efectos pueden ir aumentando y también sus consecuencias (14).

Actualmente, para llevar a cabo estos tratamientos, se han desarrollado dispositivos como los hospitales de día, que permiten su aplicación intensiva y multidisciplinar, en el que las madres con una depresión posparto moderada-grave, acuden con su bebé, y se ofrecen intervenciones específicas para promocionar el vínculo, los cuidados maternos y la lactancia materna. Las guías clínicas internacionales recomiendan la creación de unidades de hospitalización madre-bebé para los casos más graves, sobre todo en los casos con síntomas psicóticos o riesgo suicida. No obstante, actualmente no existe ninguna Unidad de Hospitalización madre-bebé en España (29).

Tratamiento psicológico:

Las terapias psicológicas que han mostrado eficacia para el tratamiento de la DPP son:

La terapia psicológica cognitivo-conductual: Actualmente, es la modalidad de terapia más utilizada. Es una terapia centrada en el presente y en los problemas actuales de la madre. Puede ofrecerse de manera individual o grupal (29).

En la terapia se establecen objetivos concretos como: incrementar las actividades sociales y de autocuidado, utilizar técnicas de relajación en momentos de estrés,

entrenar la asertividad y sobre todo en intervenir sobre los pensamientos negativos respecto a una misma, la maternidad y en los relacionados con el recién nacido (29).

La terapia psicológica interpersonal: Se interviene sobre la situación interpersonal del paciente, teniendo en cuenta cuatro áreas: conflictos interpersonales, la transición del rol, la situación de duelo y los déficits interpersonales (29).

A nivel familiar, es importante tener en cuenta que la mujer puede sentir gran alivio con escucha activa, comprensiva y atenta, sin ser juzgada (14).

Tratamiento farmacológico:

Para la instauración o mantenimiento del tratamiento farmacológico se debe valorar el riesgo y el beneficio. Los fármacos de primera elección en la DPP son los antidepresivos en general y en concreto los inhibidores de la recaptación de la serotonina, ya que pueden utilizarse de forma segura durante la lactancia materna. Los recién nacidos tienen un sistema hepático y renal que sería capaz de eliminar la posible pequeña cantidad del fármaco que contendría la leche materna. El efecto de los antidepresivos empieza a las cuatro semanas aproximadamente y se recomienda tomar mínimo durante 6 meses a partir de observar mejoría (14).

Hoy en día, existe una nueva terapia con un nuevo fármaco llamado *brexanolona* con indicación específica en la DPP. Se administra de forma endovenosa y disminuye de forma rápida los síntomas de la DPP moderada-grave. No obstante, está pendiente de ser aprobado por la agencia estadounidense reguladora del medicamento, por lo tanto, aún no existe en España (29).

Terapia electroconvulsiva (TEC):

Se utiliza en casos de depresión grave, es decir; de riesgo vital, con una inhibición marcada, con melancolía, que curse con síntomas psicóticos o bien, que sea resistente al tratamiento farmacológico. Esta terapia se utiliza en menos frecuencia durante el embarazo, solo en aquellos casos valorados con depresión grave. En cambio, durante el posparto se puede utilizar administrando anestesia compatible con la lactancia materna (29).

3.4.4. Recomendaciones para afrontar la DPP

El primer paso para afrontar la depresión posparto es aceptar el problema. Seguidamente, es importante hablar con personas cercanas de sus sentimientos y sobre todo explicarlo a su médico, enfermera o comadrona (14).

Recomendaciones en el embarazo:

Primero de todo es importante encontrar a alguien de confianza con quien hablar de sus emociones. En el caso de no tener a nadie, es recomendable contactar con asociaciones de madres o con grupos de apoyo. Es importante ir a clases de preparación para la maternidad y llevar también a la pareja. Por añadidura, no es bueno exigirse más de lo debido, se debe intentar hacer menos para no sobrecargarse ni agotarse. Intentar hacer ingestas regulares, y poner los pies en alto en tiempo de descanso. Y, por último, ponerse en contacto con el médico en caso de haber padecido una depresión anteriormente, o al tener síntomas de ella (14).

Recomendaciones para después del parto:

En esta etapa también es muy importante tener a alguien con quien compartir los sentimientos, ya sea su entorno familiar o pareja, como otras mujeres que pasen por la misma experiencia. Si no tiene a nadie de confianza, puede referirse al personal sanitario. Asimismo, es fundamental aprovechar cada oportunidad para descansar. Por ejemplo, en el caso de dar leche materna, poder guardar alguna tetina para que de vez en cuando le dé de comer la pareja y de ese modo, la mujer pueda descansar. También es conveniente que coma alimentos sanos, variados y ricos en vitaminas. En esa misma línea, es recomendable hacer algo de ejercicio. Otra recomendación, sería encontrar tiempo para divertirse con la pareja, buscar a alguien que algún momento pueda cuidar del bebé para poder desconectar y buscar la intimidad. Por otra parte, intentar no culpabilizarse a una misma ni a su pareja, ya que resulta un momento donde predomina el cansancio y la irritabilidad y esta acción puede provocar peleas. Y, por último, no se asuste con el diagnóstico de DPP, podría servir pensar que muchas mujeres han pasado por la misma experiencia y que de aquí pronto se sentirá mejor. Además, el entorno al saber el diagnóstico podrá actuar con intención de ayudar (14).

Recomendaciones para el entorno de la mujer que padece DPP:

Previamente, no tiene que sentir decepción si alguna persona cercana se le diagnostica DPP. Es de consideración que dedique tiempo para asegurarse que la mujer esté

recibiendo el apoyo y ayuda necesaria, como, por ejemplo: dar de comer al bebé, cambiarlo y vestirlo, ir a hacer la compra y/o ayudar en tareas de la casa. Paralelamente, es relevante buscar también apoyo para uno mismo. Y, sobre todo, ofrecer comprensión, paciencia, cariño y positividad (14).

3.4.5. Evidencia de la guía de práctica clínica de la atención en el embarazo y puerperio.

La guía práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España junto con la junta de Andalucía (2014) propone una serie de herramientas para la detección de trastornos mentales durante el puerperio. Las distingue según su veracidad en débil, fuerte y verificado (30).

En las clasificadas en veracidad débil, se encuentran las siguientes intervenciones: Se sugiere que, en las diferentes visitas tras el parto, se realicen las siguientes preguntas, para poder identificar si la madre puede tener el riesgo de padecer una DPP: “Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”, “Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”. Si la madre contesta negativamente a las preguntas, ya no habrá que continuar con el cribado de depresión posparto. Otra intervención de veracidad débil sería: Utilizar la escala EPDS en las primeras seis semanas tras el parto, para asegurar que se elimina el riesgo de depresión de las mujeres (30).

En la clasificada como veracidad fuerte: Se utiliza la escala Edimburgo para poder cribar el riesgo de padecer depresión posparto en las mujeres que hayan respondido de forma positiva a las preguntas (30).

Y, por último, en las intervenciones verificadas, se encuentran: Afirmer el riesgo de padecer una DPP, en una puntuación de más de 12 puntos en la Escala Edimburgo. Y, por otro lado, realizar grupos de apoyo durante el puerperio en Atención Primaria que ofrezcan apoyo psicológico y refuercen conocimientos y habilidades ya trabajadas en los grupos de preparación al nacimiento (30).

3.5. Cribado para identificar el riesgo de depresión posparto de la madre en las diferentes comunidades autónomas de España.

Como se ha comentado anteriormente, uno de los objetivos trata de revisar los protocolos de seguimiento y control del embarazo de las diferentes comunidades autónomas de España y analizar si existen discrepancias entre ellos a la hora de cribar el riesgo de padecer una DPP. Actualmente, en España existen 17 comunidades autónomas que son: Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, País Vasco, Principado de Asturias, Región de Murcia, La Rioja y Cataluña.

A continuación, se expondrá una síntesis del cribado del riesgo de padecer una DPP de cada protocolo de atención al embarazo y puerperio de las distintas comunidades autónomas.

3.5.1. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Cataluña

En el protocolo de seguimiento y atención al embarazo 3ª edición (2018) del Departamento de Salud de Cataluña se comenta que durante el embarazo la comadrona y ginecólogo/a realizaran el seguimiento del embarazo al ASSIR. La primera visita para poder evaluar los problemas de salud mental en el embarazo se realiza entre la 1-6 semana de gestación. Durante la visita se realiza una anamnesis para poder detectar y evaluar los posibles problemas emocionales, psicológicos o psiquiátricos de la mujer gestante. Por lo tanto, se realiza una revisión de la historia clínica, se pregunta por el consumo de sustancias tóxicas y se valora el estado físico. También se realiza una exploración de la red inter o intrapersonal de la gestante preguntado por la actitud de la pareja, familiares y de ella misma. Por otro lado, se pregunta por antecedentes personales y familiares, en relación a las patologías mentales. Y, para terminar, por los antecedentes de factores de riesgo ginecológico y/u obstétrico que puedan condicionar posibles alteraciones emocionales en el embarazo como: síndrome premenstrual, IVE, parto traumático o/y muerte perinatal anterior (22).

La segunda visita se realiza entre la 12-14 semana de gestación. En esta entrevista se realiza el cuestionario de Whooley. Si las mujeres responden negativamente a las preguntas, se considera el cribaje negativo, y, por lo tanto, no se afirma riesgo de ansiedad o depresión. Si la mujer responde afirmativamente en tan sólo una pregunta

en el cuestionario de Whooley, se realiza la siguiente pregunta: ¿Ha creído que en frente de estas situaciones necesitaba ayuda (22)?

Por el contrario, si las mujeres responden a las preguntas de forma afirmativa, se recomienda pasar la escala de depresión posparto de Edimburgo. Si el resultado de las puntuaciones de la EPDS resulta inferior a 13 o bien, el ítem 10 se puntúa con 0, a la semana 29-30 se repite el cribaje a través del cuestionario de Whooley (22).

Si el resultado de la EPDS es superior o igual a 13 o bien y/o el ítem 10 es positivo, se derivaría a psicología del ASSIR y al médico/a de familia para realizar una valoración diagnóstica y propuesta de tratamiento. Una vez diagnosticado, se realizará una reevaluación de la clasificación del riesgo de embarazo para poder ajustar el nivel del seguimiento del embarazo (22).

La tercera visita se realiza entre la semana 29-30 de gestación. En esta visita se repite la escala de Whooley. Si vuelve a ser negativa, ya no se realizarán más cuestionarios, hasta la semana seis de posparto, donde se realizará la EPDS (22).

Si en la semana seis de posparto, la puntuación de la EPDS es superior o igual 13 o bien, el ítem 10 es positivo, se derivaría a psicología del ASSIR y al médico/a de familia para realizar una valoración diagnóstica y propuesta de tratamiento (22).

Además, durante los quince días después del parto, se realizará una valoración completa. Se revisará la historia clínica sobre los datos del parto y como fue el puerperio inmediato. Asimismo, se valorará el vínculo emocional de madre e hijo, la capacidad de autocuidado y de la cura del niño, el soporte del entorno y de su estado emocional después del parto (22).

También, se recomienda la realización de grupos de posparto en el ASSIR, que ofrezcan soporte psicológico durante la etapa del puerperio y que refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades de maternidad. También se pueden utilizar estos recursos para poder objetivar los signos de alarma de depresión posparto, dando respuesta a las demandas de las mujeres e individualizar su atención (22).

3.5.2. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Cantabria

En el protocolo de atención al embarazo y puerperio de Cantabria (2017) tienen en cuenta en la anamnesis, la evaluación de riesgo preconceputal, que incluyen los

antecedentes personales de la mujer, las enfermedades crónicas que pueden repercutir en el futuro embarazo y los posibles problemas de salud mental. En este caso, si atención primaria considera necesario, se deriva a la mujer a otro profesional, en la consulta preconcepcional y/o a la consulta de salud mental (31).

En Cantabria se realiza la primera visita prenatal, antes de las 12 semanas, y en esta visita se realiza el cribado de riesgo gestacional, incluyendo la valoración del riesgo de trastornos de salud mental (31).

Para detectar una posible depresión recomiendan, primero de todo, identificar mediante la historia clínica si existen factores de riesgo relacionados con la depresión posparto, como, por ejemplo: antecedentes familiares de depresión, especialmente en la madre, antecedentes personales de depresión, depresión perinatal o ansiedad, etc (31).

Como segundo punto, sospechar si hay riesgo de presentar depresión posparto por si presentan sintomatología de esta enfermedad, como, por ejemplo: estado de ánimo depresivo, disminución del interés en las actividades de la vida diaria, etc (31).

Como tercer y último punto, realizar a todas las embarazadas, el cuestionario de Whooley en la primera o sucesivas visitas en función de la situación de la madre. En el caso de que conteste afirmativamente a alguna de las dos cuestiones, se recomienda utilizar la Escala de Depresión de Edimburgo. Al aplicar la escala se recomienda informar a las gestantes sobre el riesgo de desarrollar un síndrome depresivo en esta etapa de su vida, cómo reconocer los síntomas y cómo solicitar ayuda lo más pronto posible (31).

La interpretación se basa en: una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión, por lo que se derivará a Salud Mental para confirmación diagnóstica. Si se obtiene una puntuación entre 10 y 12 puntos debe repetirse la EPDS a las 4-6 semanas después. Si en esta segunda aplicación de la EPDS se obtienen 13 o más puntos, la gestante debe derivarse a una Unidad de Salud Mental. Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta n.º 10 requiere de evaluación adicional por Salud Mental en no más de 24 horas (31).

Todo esto se realiza en la primera visita, no obstante, después del parto, en la segunda visita puerperal se vuelve a reevaluar el estado emocional de la madre, y se les vuelve a realizar el cribado que se les hizo en la primera visita prenatal, para detectar esa

posible depresión se les pregunta las mismas dos preguntas que se hicieron en esa primera visita, y en caso de contestar positivamente a alguna de esas preguntas se recomienda aplicar la EPDS. El mejor momento para realizar estas es a los 6-8 semanas posparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal. Puede repetirse si se considera necesario a lo largo del primer año. (31)

3.5.3. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de las Islas Baleares

En el protocolo de atención y acompañamiento en el nacimiento de Mallorca (2017), en el apartado de seguimiento del puerperio, proponen estas acciones: (32)

- Hacer la primera visita puerperal a domicilio o en el centro de salud durante la primera semana posterior al alta hospitalaria.
- Ofrecer un plan de atención individualizado.
- Preguntar a la madre por su estado físico y emocional, apoyo social y familiar y por sus estrategias para gestionar asuntos cotidianos.
- Animar a la madre y a su entorno a informar sobre cualquier cambio de humor, estado emocional o comportamiento inusual.
- Ofrecer una revisión a todas las madres centrada en su salud física y emocional.
- Facilitar el acceso a grupos de apoyo posparto entre madres.
- Asesorar e informar a los progenitores el estado de normalidad de su criatura, para poder identificar signos y síntomas de alarma. Se pueden planificar el resto de las visitas posteriores según las necesidades individuales de cada puérpera (32).

Para eso proponen una atención al estado psicológico y emocional con objetivos de informar y cuidar los cambios emocionales y psicológicos de la mujer durante el puerperio normal. Y, prevenir e identificar precozmente la psicopatología en el posparto y facilitar su atención (32).

3.5.4. Protocolo de atención y acompañamiento en el nacimiento de Murcia

En el protocolo de atención y acompañamiento en el nacimiento de Murcia (2012), se establece una valoración del estado psicológico de la madre. Para eso, se potencia la autoestima de la madre y se refuerza la confianza en sus capacidades y en las del bebé. Y se valora el grado de autonomía y la adaptación de la madre (33).

Para poder hacer la valoración se consideran las modificaciones habituales para poder detectar aquellas situaciones fuera de lo habitual. También se da especial atención en casos de vulnerabilidad como en una pérdida perinatal, discapacidades o vulnerabilidad social. Se favorece la comunicación y la verbalización por parte de la puérpera de sus emociones, en concreto de inadecuación, cansancio, culpabilidad, ira, rechazo y estados depresivos. Además, se intenta incluir el otro progenitor o acompañante en los cuidados del recién nacido (33).

Para poder dar atención a síntomas de depresión posparto se pasa el cuestionario de Whooley después de 3-8 después del parto. En el caso de que sea afirmativo se pasaría la escala de Edimburgo y si fuera necesario se haría la derivación (33).

3.5.5. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Canarias

En el protocolo de atención de la madre y el recién nacido durante el puerperio de Canarias (2020) se recomienda que en cada visita puerperal se realice una exploración del bienestar emocional de la puérpera, del apoyo recibido por su entorno, de su resiliencia y recursos para el manejo de los asuntos diarios (34).

Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se realice el cuestionario de Whooley. En el caso que la mujer conteste negativamente a las preguntas, no se continúa con el cribado. En cambio, si se ha respondido afirmativamente al cuestionario, se debe realizar la escala de Edimburgo. Se toma como punto de referencia para definir el riesgo de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS. Esta escala se debe de emplear a las seis primeras semanas tras el nacimiento (34).

3.5.6. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Castilla y León

En el protocolo de atención de la madre y el recién nacido durante el puerperio de Castilla y León (2019) se comenta que en las primeras 48-72 horas después del alta hospitalaria se realiza una valoración del estado emocional de la madre, sus preocupaciones, apoyo a la unidad familiar y social. Valoraran estrategias de afrontamiento frente a la nueva situación y prestan atención a síntomas de depresión posparto (35).

Así mismo, la matrona evalúa el riesgo de DPP de la madre entre el 5 y el 40 día después del nacimiento pasando la escala de Edimburgo. Una puntuación de 10 o superior

muestra riesgo de depresión, pero no evalúa su gravedad. En ese caso de debe derivar (35).

3.5.7. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Andalucía

En Andalucía la primera visita prenatal se desarrollará entre las 6-10 semanas de gestación, preferiblemente a las 8 primeras semanas de gestación, donde se le realizará una historia clínica estructurada para poder valorar el estado general de la madre y así poder identificar la necesidad de cuidados extras en la madre (36).

A partir de la semana 36, los cuidados se centran en el conocimiento de la salud materna en el puerperio y del cuidado del lactante. Donde se le explica cómo prepararse para el nacimiento y la crianza, que cuidados debe de tener la madre en el posparto y así mismo asesorar sobre los cambios emocionales que puede sufrir (36).

El único momento que explican que realizan alguna intervención en relación a la depresión posparto es en la visita puerperal que se realiza al tercer o cuarto día después del parto. Donde revisarán el estado anímico de la madre, para ver si hay algún cambio emocional, y si se sospecha de depresión posparto se le realizará la Escala de Edimburgo (36).

Durante el protocolo, después de esta mención, ya no se nombra más la depresión posparto y el cuidado emocional de la mujer (36).

3.5.8. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Valencia

En la comunidad valenciana el protocolo nos indica realizar la anamnesis, incluyendo preguntas de salud mental desde la primera visita realizándose antes de la octava semana de gestación, y seguir haciendo esta anamnesis en todas las siguientes visitas, por si hay aparición de signos que nos deban alarmar (37).

El cuestionario de Whooley se pasa en la visita de control que se realiza entre los siete y diez días tras el parto, ahí valoran si la madre puede tener riesgo de sufrir depresión posparto. Luego no comentan en el protocolo si realizan la escala de Edimburgo, solamente nombran que si existe sospecha de depresión posparto se derivará a salud mental (37).

3.5.9. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Castilla-La Mancha

En la comunidad de la Castilla La Mancha realizan una anamnesis, donde incluyen preguntas de salud mental desde la primera visita, la cual se realiza antes de las 10 semanas de gestación, no obstante, esta anamnesis se sigue realizando en las siguientes visitas, por si aparecen cambios que deben alarmarnos (38).

En este protocolo de esta comunidad no nombran escalas para detectar problemas en la salud mental de la madre, como si hay presencia de riesgo de padecer depresión posparto. Sin embargo, saben de la existencia de estos problemas. Por ese motivo, en las siguientes visitas tras el parto valoran el estado psíquico de la madre, conservando su estado emocional y sus preocupaciones, atención a síntomas de depresión posparto, potencian su autoestima y la confianza en sus capacidades y en las de su hijo y normalizan emociones y sentimientos. No explican si realizan cualquier cribado para detectar la depresión posparto, pero sí que tienen consciencia de ella y actúan para que no haya riesgos de padecerla (38).

3.5.10. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de País Vasco

En relación con su estado de ánimo, se realizará durante las visitas con la matrona, una valoración a la adaptación psicosocial, haciendo hincapié en saber sus hábitos de descanso y sueño, actitud general de la madre; si presenta sentimientos de suficiencia, autoestima, capacidad de autocuidado y cuidar al recién nacido, disponibilidad de ayuda y apoyo y adaptación del padre y del entorno familiar (39).

De las actividades educativas que este protocolo ofrece en relación con nuestro tema de discusión, ofrece diferentes actividades educativas, que no nombran, para cuando aparecen alteraciones emocionales normales en el puerperio y signos de alarma (39).

La matrona podrá realizar una consulta en el domicilio de la puérpera en aquellos casos en los que, tras la valoración previa, considere que no es conveniente que se desplace al Centro de Salud o cuando sea necesario valorar el entorno de seguridad del recién nacido en el domicilio. En caso de detectarse situaciones de riesgo, la matrona comunicará con el servicio de trabajo social para que inicien las actuaciones necesarias (39).

Durante la consulta domiciliaria, la matrona llevará a cabo las mismas actividades de asesoramiento y asistenciales que en la consulta puerperal en el centro de salud. Se

evaluará el estado de la madre y del recién nacido, se valorarán los signos de normalidad y se derivará a los profesionales adecuados en caso de que se detecten desviaciones de la normalidad que lo precisen. Entre los elementos que se pueden trabajar de forma especial en el domicilio se encuentran la integración del recién nacido en la familia, la relación y apoyo familiar a la puérpera y su adaptación a los nuevos roles, el estado emocional de la puérpera en su entorno, la armonía entre la madre y el bebé, y el refuerzo de la seguridad de la mujer en relación con los autocuidados propios y del recién nacido (39).

3.5.11. Protocolo de atención al embarazo y puerperio de Galicia

En el protocolo de Galicia (2008) se comenta que la valoración emocional de la madre (recomendación NICE) se debe realizar entre el 3º y 4º día posparto (40).

En ese momento se pasa el cuestionario de Whooley. Si responde en afirmativo una de las 3 preguntas del cuestionario se debe hacer una tercera: ¿Alguna vez has sentido la necesidad de tener ayuda o te gustaría tener ayuda (40)?

Se recomienda seguir evaluando el riesgo de padecer DPP en posteriores visitas en aquellos casos que no se hayan resuelto los síntomas de tristeza puerperal. En este caso se derivaría al especialista (40).

4. METODOLOGÍA

4.1. Introducción de la metodología

Para poder dar respuesta a los objetivos planteados se ha realizado una revisión bibliográfica del tema.

Se realizó una primera búsqueda entre los meses de noviembre y diciembre de 2022, para poder contextualizar y entender el tema a estudiar. Y otra segunda búsqueda entre los meses de enero y febrero de 2023, para encontrar más información y así poder responder a los objetivos expuestos con más determinación.

Para poder responder los objetivos, se usaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Dialnet y CINAHL.

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

La selección de los artículos se ha basado en las directrices PRISMA para revisiones sistemáticas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión de los artículos, según sus resultados y relevancia de las publicaciones. Los criterios de inclusión han sido los siguientes:

- Publicaciones de los últimos 6 años (2017-2023).
- Idiomas: catalán, castellano, inglés y portugués.
- Publicaciones con disponibilidad de acceso al texto completo, de forma libre o a través del Servicio de Acceso a la Biblioteca Digital (SABiDi) de la Universidad Rovira y Virgili.
- Artículos originales.
- Artículos que relacionen la influencia de la DPP materna en la lactancia materna.
- Artículos que relacionen la influencia de la DPP materna en el vínculo madre e hijo.
- Artículos que relacionen la influencia de la DPP materna en el comportamiento del niño.
- Artículos que relacionen la influencia de la DPP materna en el desarrollo infantil.
- Artículos que hablen del diagnóstico de la DPP de la madre.

Se excluyeron los documentos que no cumplieran con alguno de los criterios de inclusión expuestos y/o:

- Publicaciones que hablen de otro tipo de depresión que no sea la DPP de la madre.
- Revisiones bibliográficas.
- Publicaciones de años anteriores a 2017.
- Publicaciones sin disponibilidad al texto completo.

4.3. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Los resultados fueron acotados mediante operadores booleanos, como AND/Y u OR/O. (ver Anexo 2). A continuación, se muestran los artículos seleccionados en las bases de datos en formato de diagrama de flujo.

Figura 1. Resultado de la búsqueda bibliográfica en PubMed (Elaboración propia).

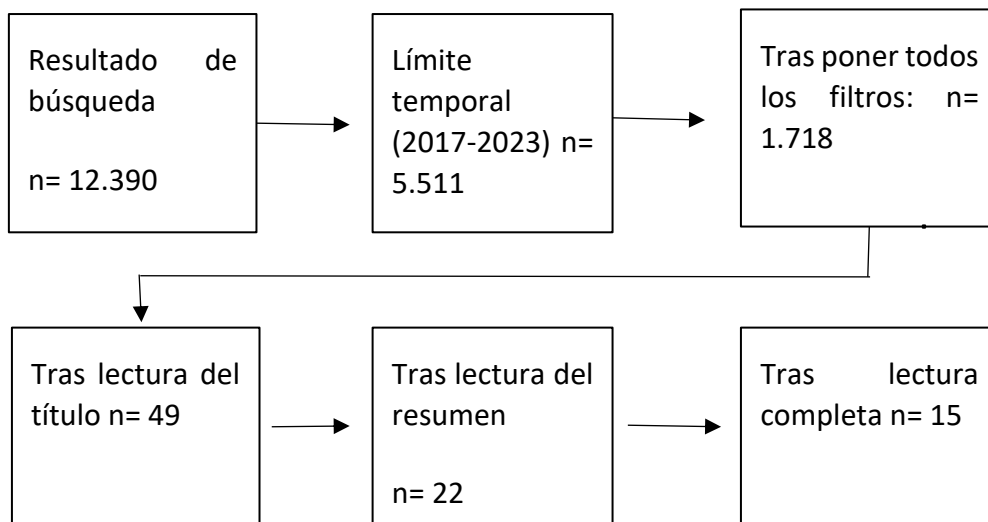


Figura 2. Resultado de la búsqueda bibliográfica en Dialnet Plus (Elaboración propia).

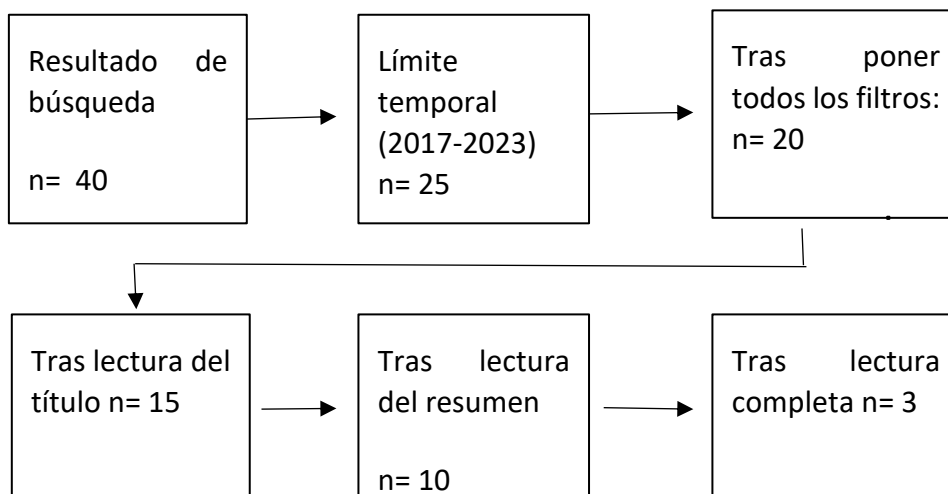
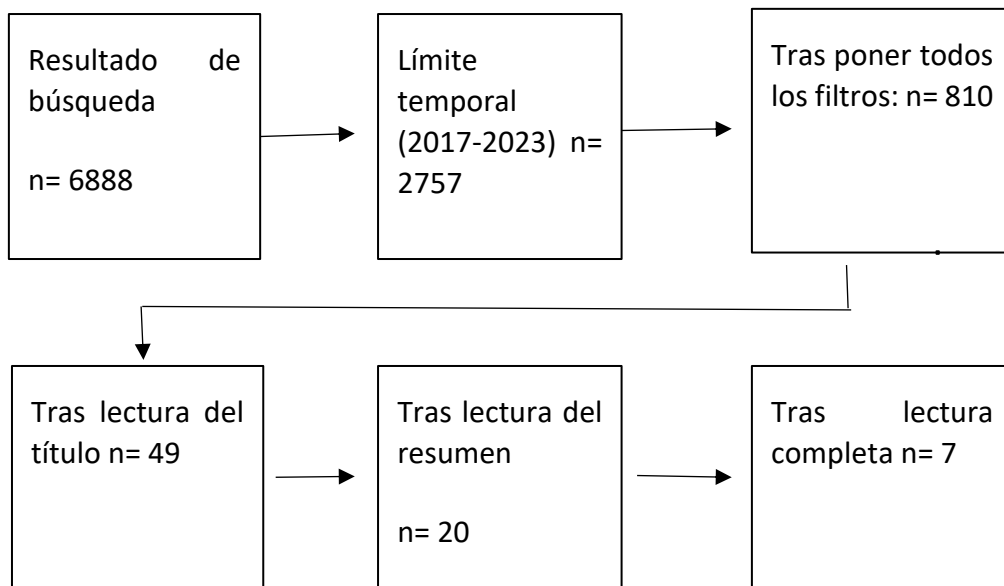


Figura 3. Resultado de la búsqueda bibliográfica en CINAHL (Elaboración propia).



Tras la selección de los artículos originales, se clasificaron los resultados en las principales variables de estudio. Clasificándolas en distintas tablas de resultados, para ser discutidos a continuación.

5. RESULTADOS

Seguidamente, se exponen los resultados obtenidos en la revisión bibliográfica.

Los resultados han sido clasificados en relación con las principales variables de estudio:

- 1- La influencia de la depresión postparto en la lactancia materna.
- 2- La influencia de la depresión postparto en el vínculo madre e hijo.
- 3- La influencia de la depresión postparto en el comportamiento del niño.
- 4- La influencia de la depresión postparto en el desarrollo infantil
- 5- Diferencias en el cribado del riesgo de la DPP en embarazo y postparto, en las distintas comunidades de España.

A continuación, se presentan los resultados en tablas precedidas por una pequeña síntesis.

5.1. La influencia de la depresión postparto en la lactancia materna

En diversos estudios se evidencia la existencia de una asociación negativa entre los síntomas de depresión posparto y la lactancia materna. Las mujeres que padecen síntomas de depresión posparto tienen menos probabilidades de amamantar con lactancia materna exclusiva. Además, aquellas mujeres con DPP que, sí, amamantaban a sus hijos, tienden a dejar de hacerlo antes que las mujeres que no la padecen. También, la autoeficacia para amamantar disminuye al padecer DPP.

No obstante, se destacan como factores protectores ante una mujer con DPP, el tener apoyo psicológico y/o social y determinados factores sociodemográficos que influirían positivamente en la lactancia materna. Por el contrario, existen factores sociodemográficos, del entorno y personales que se relacionarían negativamente con la lactancia materna.

Por otro lado, el hecho de amamantar resulta ser un factor protector de la depresión posparto.

| Autores y año de publicación, | Título y base de datos | Diseño | Objetivos | Conclusiones |
|-------------------------------|------------------------|--------|-----------|--------------|
|-------------------------------|------------------------|--------|-----------|--------------|

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <p>Nathalia Torquato, et al.; 2018.</p> | <p>Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. (Pubmed)</p> | <p>Estudio observacional de cohortes</p> | <p>Evaluar la autoeficacia en la lactancia, la presencia de síntomas de depresión posparto y la asociación entre la autoeficacia en la lactancia y la depresión posparto con el cese de la lactancia materna exclusiva.</p> | <p>Las madres con una puntuación ≥ 10 en la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo interrumpen la lactancia exclusiva como promedio 10 días antes que aquellas con puntuación ≤ 9 en la escala, cuya mediana de lactancia materna exclusiva fue de 38 días después del parto.</p> <p>La autoeficacia para la lactancia resulta un factor de protección para la lactancia materna exclusiva, mientras que la depresión posparto resulta un factor de riesgo.</p> |
| <p>Gloria Herranz, et al.; 2020.</p> | <p>Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. (Pubmed)</p> | <p>Estudio transversal</p> | <p>Evaluar si el patrón de lactancia durante los primeros seis meses está asociado con el estrés materno, la depresión posparto y el optimismo disposicional, y si estos factores psicológicos juegan un papel en la adherencia de la lactancia.</p> | <p>Este estudio evidencia que los aspectos psicológicos juegan un papel en el patrón de lactancia, además de factores socioculturales, laborales y de vida familiar.</p> <p>En el tercer mes de lactancia, las mujeres con lactancia mixta exhibieron una mayor percepción de estrés y depresión posparto en comparación con aquellas con lactancia materna exclusiva y sin diferencias en el optimismo disposicional.</p> <p>Sería necesario un esfuerzo multifacético, efectivo y basado en la evidencia para aumentar las tasas de lactancia materna en Europa, incluido el apoyo y la evaluación de las preocupaciones psicológicas maternas.</p> |
| <p>Jelena Jakab, et al.; 2020.</p> | <p>Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. (Pubmed)</p> | <p>Estudio epidemiológico de cohortes</p> | <p>Examinar el efecto de la lactancia materna en la depresión y la ansiedad posparto, y cómo afecta al desarrollo infantil.</p> | <p>Las madres con bajo riesgo de depresión posparto amamantaron a sus bebés con más frecuencia que las madres con riesgo leve o grave de padecer una depresión posparto. Los valores medios de la escala de depresión de Beck fueron más altos en las madres que no amamantaron a sus hijos que en las que sí lo hicieron. Padecer ansiedad posparto se relaciona negativamente con la duración de la lactancia materna.</p> |
| <p>Catarina S Silva, et al.; 2017.</p> | <p>Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. (Pubmed)</p> | <p>Estudio transversal.</p> | <p>Investigar la asociación entre la depresión posparto y la lactancia materna exclusiva.</p> | <p>Se encontró mayor probabilidad de no realizar lactancia materna exclusiva entre las madres con síntomas de depresión posparto. Por lo tanto, la DPP debe incluirse en las guías de apoyo prenatal y posparto temprano para la lactancia, especialmente en mujeres con bajo nivel socioeconómico.</p> |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|--|
| | | | | |
| Arianna Di Florio, et al.; 2017. | Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. (Pubmed) | Estudio observacional de cohortes | Estudiar las asociaciones entre depresión postparto, ansiedad, lactancia materna y niveles de oxitocina en madres latinas. | Se encontró relación entre tener depresión posnatal, depresión postparto y ansiedad con el cese temprano de la lactancia materna. También hubo una interacción entre el cese temprano de la lactancia y los niveles bajos de oxitocina en plasma en las mujeres con depresión postparto a las 8 semanas después del parto. |
| Yeliz Mercan, et al.; 2021. | Association between postpartum depression level, social support attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. (Pubmed) | Estudio transversal. | Investigar la asociación entre los niveles de autoeficacia para la lactancia materna de las mujeres en el posparto y sus niveles de depresión, niveles de apoyo social y actitudes hacia la lactancia en el período postparto temprano. | A medida que aumenta el nivel de DPP, disminuye el nivel de autoeficacia en la lactancia. La autoeficacia para amamantar aumenta a medida que aumenta el nivel de apoyo social y las actitudes que impulsan a la lactancia cambian positivamente. |
| Susana Torres, et al.; 2021 | The impact of maternal post-partum depressive symptoms on child diet at 18 months. (Pubmed) | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Explorar el impacto de los síntomas de DPP a los 3 meses después del parto en la dieta del niño a los 18 meses de edad. | Los síntomas de DPP maternos se asociaron con un mayor consumo de alimentos discrecionales a los 18 meses de edad. El consumo moderado de estos alimentos puede ocasionar riesgos para la salud: aumento de peso, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y problemas de salud mental. |
| Lugo Anduaga, Yeimy, et al.; 2019 | Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna (Dialnet) | Estudio transversal y analítico | Determinar la prevalencia de depresión posparto y su asociación con el abandono de la lactancia materna | Se encontró asociación entre la depresión posparto y el abandono de la lactancia materna, ya que la mayoría de las madres con DPP no cumplen el tiempo mínimo de lactancia materna que recomienda la OMS. Se requiere fortalecer la detección oportuna de la depresión posparto y seguir promocionando la lactancia materna. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>Silje Marie Haga, et al.; 2018.</p> | <p>A population-based study of the relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: a cross-lagged panel study (Cinalh)</p> | <p>Estudio prospectivo</p> | <p>Entender la relación que existe entre la depresión perinatal y la lactancia materna mediante técnicas de modelos de ecuaciones estructurales para investigar los posibles efectos cruzados y autorregresivos.</p> | <p>Los síntomas depresivos no influyeron en los comportamientos de lactancia posteriores, ni tampoco la lactancia materna influyó en los síntomas depresivos posteriores, ni los síntomas depresivos concurrentes y la lactancia materna variaron.</p> <p>Con este estudio se observa que la escala de Edimburgo puede ser una forma de prevenir los síntomas depresivos del postparto.</p> |
| <p>Hui Jun Chih et al.; 2021</p> | <p>Maternal Depressive Symptoms and Infant Feeding Practices at Hospital Discharge: Findings from the Born in Queensland Study. Maternal & Child Health Journal (Cinalh)</p> | <p>Estudio prospectivo</p> | <p>Explorar la asociación entre los síntomas depresivos maternos y la práctica de alimentación infantil al alta hospitalaria</p> | <p>Hay una mayor probabilidad de alimentación exclusiva con fórmula al alta hospitalaria entre mujeres con síntomas depresivos, incluso después del ajuste por factores maternos y sociodemográficos. La importancia de la detección temprana de síntomas depresivos para permitir una intervención temprana, como brindar apoyo culturalmente apropiado, tratamientos psicológicos o no farmacológicos alternativos y comunicar el potencial de la lactancia materna para mejorar la salud mental posparto y prevenir desarrollo infantil subóptimo</p> |
| <p>Wouk, K et al.; 2017</p> | <p>Postpartum Mental Health and Breastfeeding Practices: An Analysis Using the 2010-2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. (Cinalh)</p> | <p>Estudio transversal, análisis.</p> | <p>Asociación entre los síntomas de depresión posparto y la lactancia materna utilizando una muestra nacional, estratificada y aleatoria de madres estadounidenses.</p> | <p>Importancia de dar apoyo específico para la lactancia a las mujeres con síntomas de depresión posparto, ya que disponen de riesgo de interrumpir la lactancia de forma temprana.</p> |
| <p>Toledo, Christine et al.; 2022</p> | <p>The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. (Cinalh)</p> | <p>Estudio transversal y correlacional</p> | <p>Examinar la relación entre las prácticas de lactancia (estado de lactancia y duración de la lactancia) y el riesgo de depresión posparto (DPP), después de controlar los factores de riesgo significativos de DPP.</p> | <p>La lactancia materna disminuye el riesgo de sufrir depresión posparto. Las enfermeras deben educar y promover los beneficios de la lactancia materna para la salud mental materna, además de los beneficios para la salud del lactante.</p> |

Tabla 1. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en la lactancia materna (Elaboración propia).

5.2. La influencia de la depresión posparto en el vínculo madre e hijo

La depresión posparto de la madre puede influir negativamente en el comportamiento materno y en su relación con el niño y en consecuencia perjudicar el vínculo madre e hijo.

Factores sociodemográficos como no tener hijos y/o padecer ansiedad en el posparto, influyen negativamente en el deterioro del vínculo materno infantil.

En los siguientes artículos se plasma la importancia y necesidad de desarrollar intervenciones más específicas para poder identificar la depresión posparto en la madre, en el primer año de vida del niño. También, en intervenir en diferentes espacios de tiempo en aquellas madres que padecen síntomas de depresión. Como ejemplo, las intervenciones que ayudaran a aumentar los conocimientos de la madre en el cuidado del niño podrían ayudar a evitar la DPP y mejorarían el vínculo entre madre e hijo.

| Estudio y año | Título y base de datos | Diseño | Objetivos | Conclusiones |
|-------------------------------|---|--|--|---|
| Hetti Hakenen, et al.; 2019. | How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? (Pubmed) | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Estudiar la asociación entre los síntomas depresivos y de ansiedad pre y posnatales con la interacción entre la madre e hijo cuando el niño tiene ocho meses. Y en el caso de que haya depresión o ansiedad posparto como es esta interacción. | Los síntomas de DPP de las madres a los 6 meses posparto se asocian a una menor estructuración del comportamiento materno y con una menor relación entre madre e hijo. La ansiedad prenatal y los síntomas depresivos posnatales pueden afectar en diferentes áreas entre la interacción de la madre e hijo. Eso sugiere la necesidad de desarrollar intervenciones más específicas para las madres con síntomas de depresión posparto en diferentes espacios de tiempo. |
| Mutasim Maken, et al.; 2022. | Associations between postpartum pain, mood, and maternal-infant attachment and parenting outcomes. (Pubmed) | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Explorar las relaciones entre el dolor posparto, el estado de ánimo, el apego entre padres e hijos, la autoeficacia de los padres y el desarrollo infantil. | Existe asociación entre dolor posparto, ansiedad y depresión con peores resultados en la crianza. La depresión y el dolor de la madre también pueden afectar al desarrollo infantil. |
| Akiko Tsuchida, et al.; 2018. | Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: | Estudio observacional longitudinal | Investigar la posible asociación entre la depresión posparto y el vínculo de la madre e hijo al mes de nacimiento, | Existe una relación sólida entre la DPP y el vínculo madre e hijo. Las puntuaciones de DPP y ansiedad eran más elevadas en madres primíparas. |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|
| | Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. (Pubmed) | nal de cohortes | relacionado con los cambios de los índices de paridad. | Los autores recomiendan intervenciones para aumentar los conocimientos de la madre en el cuidado del niño para evitar la DPP y mejorar el vínculo entre madre e hijo. |
| Faisal-Cury, Alexandre, et al.; 2020 | Postpartum bonding at the beginning of the second year of child's life: the role of postpartum depression and early bonding impairment. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology (Cinalh) | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Conocer la asociación entre el vínculo madre-hijo y la depresión materna a los 6-8 meses después del nacimiento con el deterioro del vínculo a los 12-15 meses en una muestra de madres con alto riesgo de depresión posparto. | El deterioro del vínculo entre madre-hijo está fuertemente asociado a la depresión posparto. Por eso, la importancia de la detección de esta depresión durante el primer año de vida del niño. |

Tabla 2. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en el vínculo madre e hijo. (Elaboración propia).

5.3. La influencia de la depresión posparto en el comportamiento de los niños

En los siguientes artículos se encuentra reflejada la relación entre los problemas de comportamiento de los niños con la depresión posparto de la madre. El comportamiento de internalización y externalización de los niños se asocia con síntomas de DPP, sobre todo si existe una prolongación de la depresión posparto. Además, la DPP se encuentra como un factor de riesgo para el aislamiento social infantil. Igual que los problemas conductuales de los niños a los 2-3 años.

Se habla de la necesidad de profundizar en la salud mental materna para poder identificar los síntomas depresivos elevados a nivel clínico y subclínico, y así poder proporcionar un tratamiento basado en la evidencia y monitorearlas con exámenes de detección repetidos, con el objetivo de reducir los riesgos de resultados negativos en el desarrollo socioemocional y conductual de los niños.

| Estudio y año | Título y base de datos | Diseño | Objetivos | Conclusiones |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| Karen Benzie, et al.; 2018. | Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Identificar distintos grupos de madres con depresión posparto según sus trayectorias de síntomas depresivos en cuatro momentos desde la mitad del embarazo hasta un año después del parto. Y | El comportamiento de internalización y externalización de los niños está asociado con los síntomas depresivos maternos prolongados. Existe un buen argumento a favor de la necesidad de profundizar en la detección de la depresión perinatal. Es necesario poder identificar los síntomas |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|--|---|
| | internalizing behavior at three years. (Pubmed) | | examinar las asociaciones entre las trayectorias y los comportamientos de internalización y externalización del niño | depresivos de las madres con síntomas depresivos elevados a nivel clínico y subclínico para poder proporcionarles un tratamiento basado en la evidencia y monitorearlas con exámenes de detección repetidos con el objetivo de mejorar los resultados de salud mental materna y poder reducir los riesgos de resultados negativos asociados en el desarrollo socioemocional y conductual temprano de los niños. |
| Hanae Taniaka, et al.; 2022. | Long-term effect of persistent postpartum depression on children's psychological problems in childhood. (Pubmed) | Estudio observacional de cohortes | Investigar si la depresión postparto en términos de persistencia y gravedad está asociada con problemas de internalización y externalización de los niños. | La persistencia de la DPP afecta negativamente los problemas de internalización de los niños, pero no de forma duradera. Se necesitan más estudios para identificar los factores protectores contra la persistencia de la DPP en los problemas psicológicos de los niños. |
| Anne Christine, et al.; 2022 | Associations between symptoms of maternal postpartum depression, gestational age and infant social withdrawal: A longitudinal study in a community cohort. (Pubmed) | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Investigar la relación entre los niveles de DPP de la madre y la pareja, la edad gestacional y el aislamiento social infantil. | Tanto la DPP como la prematuridad del bebé resultan factores de riesgo para el aislamiento social infantil durante el primer año de vida. No fue posible confirmar la función de la depresión de la pareja de la madre en el aislamiento social infantil. |
| Brenda Leung, et al.;2019. | Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the APrON longitudinal study. (Pubmed) | Estudio observacional longitudinal de cohortes | Determinar la asociación entre los cuatro patrones de síntomas de depresión perinatal: madre deprimida, padre deprimido, ambos deprimidos, ninguno deprimido, y los problemas en la conducta de sus hijos a los 2-3 años, teniendo en cuenta los factores sociodemográficos de riesgo y protectores. | Existe una asociación entre la depresión perinatal de las madres y con problemas en la conducta a los niños de 2-3 años. Y una mayor asociación cuando la depresión la padecen ambos padres, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protectores. |

Tabla 3. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en el comportamiento de los niños. (Elaboración propia).

5.4. La influencia de la depresión posparto en el desarrollo infantil

En los siguientes artículos se evidenciaba la asociación negativa entre la depresión posparto y el desarrollo infantil. Padecer DPP, impactaba en la dimensión afectiva y en la interacción madre e hijo.

La DPP afectaba en los efectos de estimulación y en la vinculación entre los dos. Con lo que, en consecuencia, se asociaba con el retraso en el desarrollo de subáreas del desarrollo del niño.

Estos hallazgos muestran la importancia de evaluar, prevenir e intervenir en la DPP, para poder disminuir el riesgo del retraso del desarrollo en el niño.

| Estudio y año | Título y base de datos | Diseño | Objetivos | Conclusiones |
|--|---|----------------------|--|---|
| Alvarenga, Patrícia et al.; 2018 | Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil. (Dialnet) | Estudio longitudinal | Investigar el impacto de la depresión y ansiedad posparto en la interacción madre e hijo y sus efectos en el desarrollo a los tres meses de vida. | Existe un impacto de la depresión posparto en una dimensión afectiva de la interacción madre-bebé, la sonrisa de la madre y los efectos de la estimulación táctil y objetual en el desarrollo motor. Estos hallazgos muestran que el estado emocional de la madre y sus efectos conductuales tienen el potencial de afectar el desarrollo del bebé en los primeros meses de vida y, por eso, deben ser objeto de evaluación e intervención en los servicios de salud. |
| Faisal-Cury, Alexandre et al.; 2021 | The impact of postpartum depression and bonding impairment on child development at 12 to 15 months after delivery. (Pubmed) | Estudio de cohorte | Evaluar la asociación entre el vínculo madre e hijo y la depresión materna a los 6-8 meses después del parto, aislada y conjuntamente, con el retraso en el desarrollo infantil a los 12-15 meses, en una muestra de madres vulnerables. | La presencia de depresión posparto no se asocia con una mayor probabilidad de retraso en el desarrollo infantil. Por el contrario, la presencia de un deterioro en el vínculo es el principal predictor de retraso en el desarrollo infantil. |
| Almeida Schiavo, Rafaela, et al.; 2020 | Child Development, Maternal Depression and Associated Factors: A Longitudinal Study. (Cinalh) | Estudio longitudinal | El objetivo fue comparar, en dos momentos, el desarrollo de los hijos de madres con síntomas depresivos e identificar la posible asociación de estos síntomas y otras | Los síntomas depresivos se asociaron con retrasos en el desarrollo de subáreas, pero no con el desarrollo general. Se cree que la relación entre la depresión materna y el retraso en el desarrollo está mediada por otras variables que interfieren indirectamente |

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|---|
| | | | variables sociodemográficas con el desarrollo infantil a los seis y a los 14 meses de edad. | en el proceso y necesitarían más investigación. |
| Roy Rita, et al.;2022 | Impacto de la depresión materna perinatal en el desarrollo infantil. (Cinalh) | Estudio unidireccional ¹ | Investigar el efecto de la depresión prenatal y posnatal en el desarrollo infantil a los 12 meses de edad, para ello se utilizó la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo bengalí (EPDS-B) a las madres, y a los bebés Escala de evaluación del desarrollo en bebés indios (DASII) | La detección y el tratamiento de la salud mental deben incluirse en la rutina de atención prenatal para facilitar el desarrollo adecuado del niño. Una intervención adecuada y oportuna de depresión prenatal puede ayudar a mejorar la carga de la depresión posparto y los logros adversos del desarrollo infantil asociados con la depresión perinatal. |
| Paolantonio, Maria Patricia, et al.; 2020 | Variaciones de las vocalizaciones del bebé y del habla materna en función de la depresión posparto. (Dialnet) | Estudio observacional o correlacional | Determinar si la presencia de depresión postparto en las madres varía en la forma de comunicarse con sus hijos. | La Depresión Postparto afecta al habla dirigida al bebe- materno, el que varía a nivel acústico y prosódico en función de la edad del bebé, afectando las emisiones preverbales, siendo mayor el impacto en los varones. |

Tabla 4. Tabla de los resultados obtenidos de la influencia de la depresión posparto en el desarrollo infantil. (Elaboración propia).

5.5. Tabla de comparación entre protocolos

Presentamos la siguiente tabla donde se han recogido diferentes protocolos de las comunidades autónomas de España, de cómo se abordaba la detección del riesgo de padecer una DPP en los protocolos de seguimiento y control del embarazo en las 17 comunidades autónomas en España:

| COMUNIDADES | Anamnesis, incluye preguntas salud mental | Cuestionario de Whooley | Realización Escala de Edimburgo | Puntuación Escala de Edimburgo | Derivación salud mental. |
|-----------------|---|---|--|---|---|
| Cataluña | Primera visita (6-10 sem gestación) | 2a visita y sucesivas (entre 12-14 sem gestación y 29-30 sem) | Si cuestionario de Whooley es positivo y sino a las 6 sem después del parto. | Resultado positivo si la puntuación es mayor a 13 o la pregunta 10 es positiva. | Resultado positivo si la puntuación es mayor a 13 o en la pregunta 10 de la escala de Edimburgo, se deriva médico de familia y psicólogo ASSIR. |

| | | | | | |
|---------------------------|---|---|--|--|--|
| Cantabria | Primera visita (antes de las 12 sem de gestación) | Primera visita y sucesivas (antes de la sem 12 y sucesivas, contando también las visitas siguientes al parto) | Si cuestionario de Whooley es positivo y sino a las 6-8 sem después del parto. | Resultado positivo si la puntuación es mayor a 13 o la pregunta 10 es positiva. | Se derivará con una puntuación mayor a 13 puntos y cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta n.º 10 requiere de evaluación adicional por Salud Mental en no más de 24 horas. |
| Islas Baleares | Primera visita (antes de las 12 sem de gestación) | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. |
| Murcia | Primera visita (antes de las 12 sem de gestación) | Después de 3-8 días del parto. | Si cuestionario de Whooley es positivo | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. |
| Canarias | Primera visita (antes de las 12 semanas de gestación) | Primera visita a las 24/48 horas tras el alta hospitalaria y en las siguientes visitas sucesivas | Si cuestionario de Whooley es positivo y sino a las 6 sem después del parto. | Diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS. | No explicado en el protocolo. |
| Castilla y León | No explicado en el protocolo. | La primera tras el alta y antes de los 5 días y la segunda al final de la cuarentena (4-6 sem). | Si cuestionario de Whooley es positivo | Diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS. | No explicado en el protocolo. |
| Andalucía | 1a visita en el transcurso de las 8 sem | No explicado en el protocolo. | Se realiza el tercer o cuarto día de vida del RN | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. |
| Valencia | Primera visita (antes de la 8 sem de gestación) y en todas las siguientes visitas | En la visita de control a los 7-10 días tras el parto. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | Si sospechan que están delante de una situación de riesgo de DPP. |
| Castilla-La Mancha | Primera visita (antes de las 10 sem de gestación) | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. |
| Galicia | No explicado en el protocolo. | En la primera visita al 3º o 4º día tras el parto. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | Si sospechan que están delante de una situación de riesgo de DPP. |

| | | | | | |
|-------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---|
| | | | | | |
| País Vasco | En las visitas con la matrona durante el puerperio. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | No explicado en el protocolo. | Si sospechan que están delante de una situación de riesgo de DPP. |

Tabla 5. Tabla de comparación del cribado de la depresión posparto entre las comunidades autónomas de España. (Elaboración propia).

6. DISCUSIÓN

6.1. Las consecuencias de la DPP en la lactancia materna

6.1.1. Recomendaciones de alimentación en los primeros años de vida del niño

La lactancia materna (LM) es el alimento ideal para los lactantes. Suministra todos los nutrientes y energía necesaria que un bebé necesita durante los primeros meses de vida, aportando más de la mitad de las necesidades nutricionales del niño durante la segunda mitad del primer año de vida y hasta un tercio de sus necesidades nutricionales durante el segundo año (41). Se considera la intervención más efectiva en salud pública para poder prevenir anualmente, la muerte de seis millones de niños menores de un año, ya que protege contra infecciones gastrointestinales y respiratorias, síndrome de muerte infantil repentina, obesidad y desnutrición (41,42,43). Los niños alimentados con LM muestran mejores resultados en pruebas de inteligencia, tienen menos riesgo de sobrepeso, obesidad y de padecer diabetes. Asimismo, las madres que amamantan presentan menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario (41).

Sin embargo, el promedio global de lactancia materna exclusiva (LME) es de 36% (42,44). En España, solo el 66% de los lactantes son alimentados con LME en el primer mes y la tasa desciende al 28% en el sexto mes (44).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan iniciar la LM en la primera hora del nacimiento, y que los niños sean amamantados exclusivamente los primeros 6 meses de vida, sin proporcionar otros alimentos ni líquidos. Incluye en sus recomendaciones, que la lactancia debe ser a demanda del bebé, y que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes. Después de los 6 meses de edad, si deben incorporarse alimentos complementarios, recomendando continuar con LM hasta los dos años o más (41).

Actualmente, la OMS promueve aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, y conseguir al menos un 50% en el año 2025 (41).

La OMS y UNICEF crearon el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna con la finalidad de estimular el apoyo político, jurídico, económico y público a la lactancia materna. Además, imparte cursos de formación al personal de salud para que puedan

ofrecer apoyo especializado a las madres que amamantan, ayudarlas a superar los problemas, y supervisar el crecimiento adecuado de los niños (41).

Sin embargo, las tasas de lactancia materna de las mujeres se ven afectadas por muchos factores, como las características sociodemográficas, los factores psicosociales, la actitud en la LM, el conocimiento de la LM, la autoeficacia para la LM y la salud mental de la madre (45).

6.1.2. La depresión posparto y su influencia en la lactancia materna.

Durante la lactancia materna, la madre le da al bebé una sensación de seguridad, protección y calidez. Amamantar mejora la participación emocional materna, el bienestar de la madre, el vínculo madre e hijo y aumenta la autoeficacia en el cuidado del bebé (44, 46). Asimismo, diferentes autores resaltan en sus estudios que aquellas mujeres que amamantan tienen menos probabilidades de desarrollar una depresión posparto (43,47), ya que algunos efectos hormonales asociados a la lactancia, en concreto la prolactina y la oxitocina, tienen efectos protectores sobre la salud mental, dando efectos antidepresivos y ansiolíticos (43). Así también, otros estudios han comprobado que la LM atenúa las respuestas neuroendocrinas al estrés y puede funcionar para mejorar el estado de ánimo de la madre (44,45).

Se ha visto que padecer algún problema de salud mental como depresión o ansiedad, resulta ser un negativo que puede influenciar en tener dificultades para satisfacer las necesidades del niño (42). Por este motivo, aquellas madres que sufren DPP pueden mostrar mayor hostilidad y negligencia, menos tolerancia y menos receptividad hacia sus bebés. Entonces, estos factores podrían limitar la capacidad de las madres para responder adecuadamente respecto a la alimentación de su hijo (48), en concreto en la lactancia materna (42,44,49).

Distintos autores han querido establecer una relación entre la depresión posparto y la lactancia materna. Para hacerlo, algunos han determinado el riesgo de padecer DPP pasando la Escala de Edimburgo (42,44,43,50,45,51) y otros con el inventario de depresión de Beck (43).

Una vez estudiada la relación, han sacado distintos resultados.

Se encontraron algunas causas debidas a la lactancia materna, que aumentaban la probabilidad de padecer una depresión posparto. Según la autora Nathalia Torquato et

Al. una de las causas del aumento de las tasas de DPP son las dificultades encontradas en la LM y en el proceso de destete (42). De acuerdo con Arianna Di Florio et al. el cese de la LM de forma temprana también se asocia a mayor riesgo de DPP (50). Por Gloria Heranz et Al. alimentar con lactancia materna mixta aumenta las probabilidades de padecer DPP, a la vez que se asoció a mayor estrés, sobre todo en los tres meses después del nacimiento (44). Dos artículos diferentes, corroboraron que no realizar lactancia materna exclusiva se asoció también a mayores probabilidades de DPP (47,46).

Por otro lado, se encontraron algunos factores protectores, en virtud de la LM, que ayudaron a disminuir el riesgo de padecer una DPP. Según ambos autores, las madres que realizaron lactancia materna exclusiva obtuvieron una puntuación significativamente más baja de DPP, en concreto en el tercer mes después del nacimiento (44,47). En otro estudio se concluyó que, como más tiempo se realiza la LM menos riesgo de desarrollar una DPP (52).

Por último, el hecho de tener riesgo de padecer una DPP tuvo más probabilidad de afectar en la LM. De acuerdo con varios estudios, las madres con riesgo de DPP, tuvieron una disminución del porcentaje de LM en el tercer mes después del nacimiento (43,49). Otro estudio concluyó que aquellas madres con riesgo de DPP, en el alta hospitalaria, utilizaron más la alimentación con leche artificial que aquellas madres que no tenían síntomas de DPP (51). Y, por último, otros artículos comentan que como más riesgo de padecer DPP, más riesgo de interrumpir la LME (42,47,46).

En resumen, la relación entre la lactancia materna y la DPP es bidireccional (43); no amamantar puede aumentar el riesgo de DPP, pero también la DPP puede afectar a disminuir las tasas de lactancia materna y al cese temprano de esta (42, 44, 43, 47,50).

Existen seis períodos críticos para tomar decisiones sobre la LM: el embarazo, las primeras 24 h después del nacimiento, 1-2 semanas después del nacimiento, 6-8 semanas después del nacimiento, 4-6 meses después del nacimiento y 12 meses después del nacimiento (43).

Varios autores coinciden en sus resultados que el tercer mes de LM, es el período donde se encuentran más bajas de LM debido a la DPP (43,49). Uno de los motivos del cese de la LME es el problema de conciliación de la maternidad con el trabajo y la duración del permiso de maternidad. Este es un período crítico de la LM en España, ya que el

permiso de maternidad dura dieciséis semanas, que son en realidad 4 meses. Por ello, en este tercer mes las madres tienen que decidir cómo podrán compaginar la LM con el trabajo (44). Tener estos factores en cuenta puede ayudar a mejorar la orientación para el desarrollo de programas efectivos de intervención en la LM (44). La prolongación del permiso de maternidad o los cambios en la organización del trabajo, como el trabajo a tiempo parcial o el trabajo a distancia, han demostrado favorecer el inicio y una mayor duración de LM (44).

Se concluye que la evaluación de las preocupaciones psicológicas maternas y la prestación de apoyo a las madres lactantes pueden ayudar a mejorar la adherencia a la LM (44). Es importante identificar a las madres que corren el riesgo de dejar de amamantar de manera temprana y que puedan necesitar apoyo adicional (44,43,47,50). Por lo tanto, este trastorno se debe incluir en las guías de apoyo prenatal y posparto temprano para la LM (47).

6.1.3. La autoeficacia para la lactancia materna y la DPP

La autoeficacia para la lactancia materna es la percepción de las madres sobre su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para dar el pecho (53). La autoeficacia es un determinante del comportamiento de la capacidad de amamantar, refleja la confianza de la madre en la LM y afecta al inicio y la duración de la lactancia materna como un factor modificable (45). La autoeficacia determina si la madre eligió amamantar, qué tan persistente será y como responderá emocionalmente a la dificultad de amamantar (43).

Para medir la autoeficacia de la lactancia materna se utiliza la escala de autoeficacia para LM (Ver en anexo 3).

Conocer los aspectos débiles en las percepciones de las madres sobre su capacidad para amamantar es de suma importancia para el establecimiento y el mantenimiento de la LM, ya que estos aspectos pueden modificarse. Cuando las madres se sienten más seguras y menos ansiosas en la función materna, mejoran su capacidad para interpretar y resolver dificultades en la LM (42).

Según autores como Dubravka Holik et al. la autoeficacia para la LM se ve afectada por la experiencia a previa de la lactancia, la experiencia indirecta, la persuasión verbal sobre la LM, el dolor, la fatiga, la respuesta al estrés y la ansiedad (43). Y otros como Yeliz Mercan et al. indican que esta se puede ver afectada por las relaciones

matrimoniales, el apoyo social, la crianza de los hijos, el estatus social, los roles familiares o profesionales, el rendimiento, la ayuda en el cuidado de los niños y por el nivel de salud mental de una mujer, es decir la depresión, la ansiedad y el estrés (45).

En varios estudios se coincide que como más baja puntuación en la escala de autoeficacia en la LM, más probabilidades de destetar antes al niño (42, 43, 45).

Autoras como Nathalia Torquato et At. consideran que las mujeres con baja autoeficacia tienen tres veces más probabilidades de suspender la LM a los 4-6 meses desde el nacimiento (42).

La autoeficacia para la lactancia materna en las madres se considera un factor protector para la lactancia materna exclusiva (42). Ya que, las mujeres con un alto nivel de autoeficacia en la lactancia demuestran un mayor esfuerzo y persistencia para superar las dificultades visto que, las interpretan como desafíos y no como obstáculos (42).

A medida que el nivel de DPP de las mujeres aumenta, el nivel de autoeficacia de LM disminuye. La autoeficacia de la LM aumenta a medida que aumenta el nivel de apoyo social y a medida que cambia positivamente las actitudes que impulsan el comportamiento a la lactancia (45,52).

6.2. Influencia de la DPP en el vínculo entre madre-hijo.

El vínculo madre e hijo se define como el proceso de desarrollar una relación y apego entre ellos. Empieza en el embarazo, se desarrolla gradualmente dentro de las semanas después del nacimiento del bebé y perdura a través del tiempo. Se caracteriza por sentimientos positivos, calidez emocional, muestras de afecto y sonrisas al bebé (54). No obstante, en algunas madres los sentimientos de afecto no se desarrollan e incluso en algunos casos pueden sentir una aversión hacia el niño. En este caso, podría implicar un trastorno del vínculo, es decir un deterioro de la unión entre madre e hijo (55). Este trastorno del vínculo podría tener consecuencias en el niño a largo plazo (54). Algunas de estas consecuencias podrían ser: deterioro del desarrollo del cerebro del niño, deterioro en el desarrollo del lenguaje, deterioro del progreso cognitivo, trastornos del comportamiento, y conflictos familiares (54).

Son varios los estudios que han demostrado que la depresión posparto materna está asociada a un deterioro de la vinculación entre la madre y el bebé (54,55,56) y deterioro del apego (57). Esto sucede debido a que las madres con DPP tienden a tener menos

sensibilidad materna, menor capacidad de respuesta materna, mayor desconexión materna, irritabilidad, hostilidad, menos afectividad, menos sonrisa hacia el bebé, menos capacidades de respuesta materna y disminución de sensibilidad materna (56). Entre el 17 y 31,7% de las mujeres que padecen DPP presentan un deterioro del vínculo, con más prevalencia en las DPP más graves (54).

Akiko Tstuchida et al. Comentan en su estudio que las mujeres primíparas tienen más riesgo de padecer una DPP que las múltiparas, sugiriendo que a medida que aumenta el número de nacimientos, la frecuencia de DPP y sus dificultades asociadas con el deterioro del vínculo pueden disminuir (55).

En otro estudio, encontraron asociación entre el deterioro del vínculo con la DPP a entre los 6-8 meses y entre los 12-15 meses después del nacimiento. No obstante, a los 6 meses solo encontraron asociación entre las dos variables en aquellos casos de DPP más grave (54).

Hetti Hanen et al. concluyeron que los síntomas depresivos a los 6 meses después del parto se asociaron con un menor comportamiento estructurante maternal y con menor participación de la madre en el niño. También, que los síntomas depresivos en el segundo trimestre del embarazo se relacionaron con una menor capacidad de respuesta materna a las señales infantiles (Pearson et al, 2012) (56).

En otro estudio, se observó un patrón de asociación entre depresión posparto y peores resultados de crianza que incluyen deterioro en el apego materno infantil, la autoeficacia de los padres y desarrollo infantil a las 6 semanas y 3 meses posparto (57).

6.3. La depresión posparto como afecta al comportamiento del niño

La sintomatología depresiva durante el embarazo y en la etapa posnatal son comunes y pueden dar lugar a consecuencias adversas empeorando el bienestar de la madre, el desarrollo del niño y el funcionamiento familiar (58,59).

Se sabe ampliamente que la depresión en la madre durante el embarazo y en los primeros períodos después del parto tiene un impacto negativo en el desarrollo social, emocional y conductual de los niños (58). Los problemas psicológicos y conductuales en la infancia tienen impactos negativos en el desarrollo saludable de los niños, el funcionamiento académico y la función psicosocial familiar. Estos problemas psicológicos y conductuales se clasifican en problemas de internalización que son

aquellos que aparecen como problemas de comportamiento, de desobediencia, de agresión, de delincuencia, alto riesgo de depresión, hiperactividad y otros trastornos psíquicos. Resulta muy importante identificar los factores de riesgos relacionados con los problemas de internalización y externalización de los niños, debido a que podrían afectar a su correcto desarrollo psicosocial y problemas de salud mental posteriores. Por ese motivo, distintos estudios corroboran que uno de los factores de riesgo para estos problemas de comportamiento es la DPP (60).

En un estudio de cohorte de los Países Bajos, Cents et al. (2013) encontraron que, a los tres años, los hijos de madres con síntomas depresivos más severos presentaron problemas de conducta de internalización y externalización que aquellos cuyas madres no presentaron síntomas. Además, otro estudio encontró que los hijos de madres con síntomas depresivos mayores presentaban más probabilidades de comportamiento problemático. No obstante, en el estudio de cohorte madre- hijo EDEN en Francia, Van de Waerden et al. (2015) concluyó al comparar los niños cuyas madres no presentaron síntomas, aquellos cuyas madres estaban en trayectorias de “persistente alta” o “persistente intermedia” de depresión, tenían mayores niveles de dificultades emocionales y conductuales a los cinco años (58).

Sin embargo, hay diferencia entre los dos sexos, donde podemos observar que las niñas experimentan más problemas de comportamiento internalizados (por ejemplo, la depresión, ansiedad, etc.), en cambio, los niños presentan más externalizados (por ejemplo, agresión, hiperactividad, etc.) y a menudo persisten hasta la edad adulta (59).

En otro estudio quisieron examinar la asociación de la persistencia y gravedad de la DPP con los problemas de internalización y externalización de los niños. Las madres fueron divididas en cuatro grupos: Sin DPP, DPP transitoria, DPP agravada y DPP persistente. La DPP persistente se asoció significativamente con los problemas de internalización de los niños a los 6 años, pero no cuando estos tenían 8 años. Los problemas de internalización se asociaron significativamente a la DPP transitoria y a la persistente (60).

Contrariamente a lo esperado, no se encontró una asociación significativa entre la gravedad de los síntomas de DPP y los problemas de internalización y externalización en los niños. Nets et al, mostraron que, independientemente de la gravedad de la enfermedad, la DPP se asoció con problemas de conducta en niños de 3,5 años en un grupo de DPP persistente (60).

El aislamiento social infantil es un acto de abstinencia social que puede ser patológico cuando se realiza de manera prolongada. Esto podría asociarse en trastornos del neurodesarrollo y psicológicos, como trastornos del espectro autista, de ansiedad o de depresión infantil. Este aislamiento social se ha asociado con problemas emocionales, un mal desarrollo cognitivo y lingüístico y problemas en el comportamiento. Un factor asociado con el aislamiento social infantil es la salud mental materna, en concreto la DPP. Ya que, la depresión afecta a la madre en estar con menos sintonía con las necesidades del bebé. Se observó una asociación entre la DPP y el aislamiento social infantil a los 2-3 años (61).

6.4. Influencia de la salud mental materna en el desarrollo infantil

Durante la etapa del embarazo, las mujeres experimentan una gran transición en su vida. Aunque se espera que este periodo sea emocionalmente gratificante, las realidades sociales y materiales pueden llevar a las madres a sufrir depresión (62).

Los múltiples cambios, tanto físicos como fisiológicos necesarios para acomodar al feto en su crecimiento pueden llevar a cabo una angustia emocional significativa. Como resultado, aparecen trastornos mentales como el estrés, la ansiedad y la depresión son comunes durante las etapas prenatal y posnatal (1,62).

Esta angustia emocional tanto prenatal como posnatal, agravada por daños en la salud mental de la madre, pueden provocar afectaciones en las interacciones con el bebé y su principal desarrollo infantil (1,62).

La literatura disponible sugiere que existe una relación entre los síntomas de depresión que experimentan las mujeres durante el embarazo y el posparto, y resultados negativos en las condiciones del parto y el desarrollo (Gerhardt, 2017) (2).

En las últimas décadas, los problemas de salud mental de las madres, especialmente la depresión, se han reconocido como factores de riesgo que pueden afectar tanto las relaciones iniciales entre madre e hijo como el desarrollo del niño, incluso después de que la madre haya superado dicha enfermedad (Goodman et al., 2011) (2).

En consecuencia, podemos observar que muchos estudios publicados anteriormente respaldan las hipótesis de que diferentes problemas de salud mental materna están asociados con deficiencias en el desarrollo motor, cognitivo y socioemocional del niño (Karam et al., 2016; Koutra et al., 2013) (62).

6.4.1. Cómo influye la depresión posparto en la interacción con sus hijos y sus posibles consecuencias.

Algunos estudios han encontrado que las madres con depresión tienen menos interacciones positivas con sus hijos, menos contacto visual y menos expresiones faciales afectuosas. Muchos de estos estudios, han demostrado que las madres con depresión tienen menos probabilidades de mostrar conductas maternas que respondan a las señales y necesidades de sus bebés (Brummelte & Galea, 2016; Choi, 2013; Edwards & Hans, 2016). En comparación con las madres que no presentan problemas emocionales, aquellas que sufren depresión posparto tienden a interactuar menos con sus hijos y a mostrar menos estímulos afectivos, como sonreír, interactuar cara a cara, tocar, contar historias y hablar (Brummelte & Galea, 2016) (62).

Otro estudio, que apoya y reafirma esta teoría, mostró que los bebés de madres con depresión posparto tenían vocalizaciones más cortas, menos complejas y frecuentes que los bebés de madres sin depresión posparto. También se observó que las madres con dicha depresión hablaban menos y su habla era más sencilla que las de las madres sin depresión posparto (63).

Este estudio sugiere que la depresión posparto en las madres puede afectar negativamente la comunicación temprana entre la madre y el bebé, en términos de la duración, frecuencia y complejidad de las vocalizaciones del bebé y el habla materna. No obstante, se observó en este estudio que estas diferencias pueden ser más notables en los bebés varones que en las bebés mujeres. Estos hallazgos destacan la importancia de detectar y tratar la depresión posparto en las madres, ya que puede tener implicaciones significativas en el desarrollo del lenguaje y la comunicación de los bebés (63).

Podemos confirmar, que una comunicación e interacción temprana entre la madre y el hijo juegan un papel crítico en el desarrollo del lenguaje y la capacidad para interactuar socialmente. Sin embargo, la depresión posparto puede interrumpir este proceso y tener efectos negativos en el desarrollo cognitivo y emocional del bebé (63).

Se puede afirmar estos resultados, con otro estudio donde realizó un seguimiento en sujetos de mayor edad, entre 5 y 12 años, donde la depresión materna fue un factor de riesgo para el desarrollo social (Villaseñor, Calderón Hernández, Gaytán, Romero, & DíazBarriga, 2017) (2).

No obstante, otro estudio que siguió a hijos de madres deprimidas hasta los 16 años se observó que estos tenían un apego inseguro, mayor riesgo de depresión en la infancia y adolescencia, y los chicos también como en el otro estudio tenían menor rendimiento académico que los hijos en el grupo control (Murray et al., 2010, 2011) (2).

Por otro lado, Morais et al. (2013) encontraron que los hijos de madres con indicadores de depresión posparto tenían peor desempeño en el área motora a los 8 y 12 meses, pero mejor desempeño en las áreas de motricidad fina y lenguaje a los 12 meses, lo que sugiere que la depresión puede tener efectos diferenciales en diferentes áreas de desarrollo (2).

Por consiguiente, podemos añadir que la falta de expresiones afectivas, las madres con depresión posparto también presentaban una menor sensibilidad al ritmo de comportamiento más lento de sus bebés, lo que podía producir comportamientos maternos intrusivos que limitaban las oportunidades del bebé para interactuar socialmente y practicar nuevas habilidades. (Weikum, Mayes, Grunau, Brain, & Oberlander, 2013). Estos comportamientos intrusivos pueden ser observados en la interrupción de los movimientos del bebé y en la falta de sensibilidad a su necesidad de explorar el ambiente (62).

Por ende, provocaban unas deficiencias en la interacción madre-hijo que podían variar según el grado de afectación de la salud mental de la madre (Kingston et al., 2012), pero incluso en poblaciones con síntomas menos graves de depresión, la interacción puede verse afectada. Aunque las madres con puntajes bajos de depresión no muestran diferencias en la frecuencia de expresiones faciales positivas o negativas durante la interacción con sus bebés de tres meses, tienden a ser menos adaptables a situaciones diversas (62).

6.4.2. Depresión posparto como afección en el desarrollo del niño

En diferentes estudios no encontraron asociación significativa entre los síntomas depresivos maternos y el retraso en el desarrollo total del niño, no obstante, si encontraron retrasos en subáreas específicas del desarrollo. Esto sugiere que la relación entre la depresión materna y el retraso en el desarrollo del niño podría ser mediada por otras variables que pueden interferir indirectamente en el proceso (2).

La literatura indica que los síntomas de depresión que experimentan las mujeres durante el embarazo y en consecuencia en el posparto, se asocian con resultados negativos en

el parto y en el desarrollo del bebé (Gerhardt, 2017; Thiengo et al., 2012). Para otros autores la depresión materna que viven las madres aumenta el riesgo de prematuridad y bajo peso. Apareciendo evidencias donde la depresión materna se asocia a mayores niveles de cortisol en el recién nacido y problemas de conducta en niñas hasta los seis años (2).

Además, se ha podido observar que la influencia del comportamiento de la madre en el desarrollo motor del bebé está intrínsecamente relacionada con la calidad de la estimulación la seguridad y precisión en los movimientos que realiza la madre al manipular al bebé. En este estudio, la categoría se puede ver la importancia de tocar al bebe o estimularlo con objetos puesto que promovían su movimiento y a exploración de juguetes, lo que a su vez favorecían al desarrollo motor y el vínculo madre-bebé. Cosa que en las madres que presentaban depresión posparto, no se podía observar esa interacción con sus hijos y en consecuencia los niños no presentaban esa motivación por investigar (62).

Estas conductas maternas de ayudarles a que los niños sean más independientes y con ganas de descubrir el espacio que les rodea, produce un beneficio tanto en el desarrollo motor del niño como el vínculo de madre e hijo, lo que le brinda al bebé la seguridad necesaria para explorar el entorno (62).

Por ese mismo motivo, el desarrollo motor se ha asociado con el desarrollo cognitivo, y los retrasos en la motricidad pueden llevar a retrasos en la atención y a la memoria. (Pereira et al., 2016). Aunque los ingresos familiares también influyen en el desarrollo motor, la sensibilidad de la madre puede compensar las limitaciones en el acceso a juguetes y objetos (Sacconi et al., 2013). Estas prácticas maternas son especialmente importantes porque pueden tener un impacto duradero en el desarrollo del niño (62).

Por último, en muchos estudios se ha sugerido que tanto la gravedad como la cronicidad de la depresión materna se relacionan con un mayor riesgo de problemas en el desarrollo infantil. Un estudio prospectivo examinó el impacto de los síntomas depresivos maternos tempranos y crónicos después del parto en el desarrollo infantil y encontró que los hijos de madres con síntomas depresivos posnatales tenían una probabilidad significativamente mayor de tener resultados cognitivos deficientes en comparación con los hijos de madres no depresivas. Sin embargo, esta asociación se redujo a un nivel de tendencia cuando se ajustó por los síntomas depresivos maternos posteriores (64).

6.5. Diferencias del cribado de la DPP en diferentes comunidades autónomas en España

6.5.1. Cribado depresión posparto

Entre las mujeres en edad reproductiva, la depresión es uno de los problemas emocionales más frecuentes. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de esta enfermedad, de un 10 a un 20 % (65). Se estima que cada año se diagnostican entre 600.000 y 800.000 casos de depresión posparto, lo que la convierte en una de las complicaciones más frecuentes en el período postparto (24). Debido a su alta frecuencia y las diferentes consecuencias que puede tener a corto y largo plazo tanto para la madre como para el niño, se considera un problema de gran importancia; por ese motivo es importante realizar un cribado de la depresión posparto durante el embarazo y en el puerperio (24,65).

La identificación y el tratamiento de la depresión posparto en mujeres embarazadas pueden proporcionar un beneficio potencial tanto para la madre como su entorno, en este caso su familia. Se ha demostrado que los hijos de madres con dicha depresión pueden experimentar un retraso de su desarrollo cognitivo, psicológico, neurológico y motor (66,30).

Por ese mismo motivo, el periodo que abarca desde el embarazo hasta el posparto representa una oportunidad para realizar una evaluación adecuada del riesgo de depresión posparto en las mujeres. Durante este tiempo, las mujeres suelen tener un mayor contacto con los servicios sanitarios, por lo que se facilita la identificación y el seguimiento de posibles síntomas de depresión (30).

Por esa razón, decidimos comparar los diferentes protocolos existentes en las diferentes comunidades autónomas de España ya que, si realizamos un cribado a tiempo, podemos intervenir correctamente y prevenir su agravamiento (67). Las herramientas de cribado de la DPP son muchas, aunque nos centraremos en las más aplicadas:

6.5.2. Cuestionario de Whooley

En Reino Unido, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence) ha recomendado a los profesionales de la salud utilizar las preguntas de Whooley de manera regular durante los controles del embarazo y el posparto (67). No obstante, la guía de práctica clínica de atención en el

embarazo y puerperio recomienda realizar estas preguntas a las mujeres durante las diferentes visitas después del parto para detectar la posible presencia de depresión posparto (30).

Sin embargo, estas preguntas tienen ciertas desventajas, ya que no exploran en profundidad los pensamientos de la mujer, su sensibilidad y especificidad aún no se han determinado con precisión. Por eso no se utiliza como única prueba para identificar si la madre presenta depresión (67).

Este cuestionario está formado por dos preguntas, las cuales si se responden de forma afirmativa se le otorga un punto y si no es el caso, pues cero. Dicho cuestionario sirve para identificar diferente estado de ánimo en la madre y si presenta anhedonia (67).

Podemos observar como muchas comunidades utilizan este cuestionario como punto de partida para identificar una posible depresión en la madre, tanto en las visitas de embarazo como en el puerperio. Las comunidades que hacen uso de este cuestionario, no lo nombran con el nombre correspondiente, excepto Cataluña. En las comunidades autónomas, como es el caso de Cataluña y Cantabria, que hacen uso de esta prueba de detección de la depresión posparto, podemos observar que la comunidad autónoma catalana solamente utiliza este cuestionario en la segunda visita del embarazo y sucesivas, pero no incluye que en las siguientes después del parto las realice, asimismo no lleva a cabo los criterios que se indican en la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio.

En otras comunidades autónomas como es el ejemplo de Murcia, Canarias, Castilla y León, Valencia y Galicia utilizan este cuestionario en la primera visita tras el parto y en las visitas sucesivas que se realizan durante el puerperio de la madre. Y en cuanto la puntuación, todas siguen el mismo patrón para el puntaje.

En el caso de Castilla y la Mancha, Islas Baleares y Andalucía, no hay constancia del uso de este cuestionario durante el embarazo ni durante el puerperio.

No obstante, no es un cuestionario de mucha fiabilidad por ese motivo, no es una prueba diagnóstica cien por cien de obligado uso, así que, si una comunidad la utiliza, puede hacer que el resultado sea más específico, pero si no es el caso, hay otras herramientas de cribado de la depresión posparto, que seguramente muchas de estas comunidades hacen uso de ellas, por su gran fiabilidad.

6.5.3. Escala de Edimburgo

La herramienta más utilizada, sencilla, económica, eficaz, recomendada y validada internacionalmente para el cribado de la depresión posparto es la Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS) (65). Esta escala, es un cuestionario autoadministrado que se utiliza durante el posparto y embarazo, que se realizó en los centros de salud de Livingston y Edimburgo, en Inglaterra, en 1987, con el objetivo principal de detectar la sintomatología depresiva en mujeres puérperas (67).

Actualmente, tanto los profesionales sanitarios como las mujeres la prefieren debido a su brevedad, facilidad de aplicación, alta sensibilidad y especificidad, así como su validez internacional (67).

A pesar de la validez de la EPDS como prueba para cribar una posible depresión posparto, existen diferencias en los valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos, tipo de población, tamaño de muestra, puntos de corte e instrumentos diagnósticos utilizados como referencia en los estudios realizados (65).

Puntuación de la Escala

Este cuestionario consta de diez preguntas con relación a los síntomas cognitivos y conductuales de la depresión en los últimos siete días, donde cada cuestión tiene una puntuación de 0 a 3 puntos. A los ítems marcados con un asterisco (*) se les da un puntaje en orden inverso (3, 2, 1 y 0) (68). Obteniendo 30 puntos como máximo ella final, donde una puntuación por encima de 10 se toma como puntaje de corte para detectar a las mujeres con riesgo de padecer una DPP (65,69).

Aunque otros autores, como el ejemplo de Alvarado et al. recomiendan como punto de corte entre 11 y 12, comentando que existe una sensibilidad de 75 % y especificidad del 93 %. (65). Así mismo, en la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio también sugieren como una recomendación fuerte, tener como punto de referencia para detectar posible riesgo de sufrir depresión posparto una puntuación superior a 12 puntos en la Escala de depresión posparto de Edimburgo (30). Un estudio sugiere que la pregunta 10 se le tiene que hacer más hincapié ya que es la única que trata sobre si la madre en algún momento ha pensado en hacerse daño a ella misma (67).

Según siguiendo estas indicaciones, podemos ver como en los muchos protocolos existentes en España, cada comunidad autónoma puntúa de forma diferente la escala de depresión posparto de Edimburgo. Por ejemplo, en Cataluña y en Cantabria utilizan el mismo método de puntuaje, si el punto de corte es mayor a 13 o si la pregunta 10 es positiva, utilizando un punto de corte superior a lo que muchos estudios recomiendan y haciendo caso de tener en cuenta la pregunta 10, ya que, si la pregunta 10 es positiva, realmente es grave puesto que afirma la madre que en algún momento ha pasado por su cabeza el autolesionarse.

En cambio, en Canarias y Castilla y León diagnostican a la madre de depresión posparto cuando en la escala de depresión posparto de Edimburgo presenta una puntuación mayor a 12 puntos, siguiendo la recomendación que está escrita en la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio del ministerio de sanidad de España.

No obstante, en las comunidades autónomas como es el caso de Islas baleares, Murcia, Andalucía, Comunidad Valenciana y Castilla- La Mancha no explican la puntuación que indican como corte para considerar positiva la Escala de depresión posparto de Edimburgo y a su vez, diagnosticar a la madre de dicha patología.

Cuando realizar la Escala

Con relación a cuando realizar esta escala, también hay bastante controversia porque existen diferentes opiniones, algunos artículos, como el caso de Alvarado et al. sugieren realizar la escala a las cuatro semanas del posparto (65). En cambio, en la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio sugieren como una recomendación débil, emplear la escala de depresión posparto de Edimburgo, en las seis primeras semanas después el parto para garantizar una adecuada identificación del riesgo de depresión en las mujeres (30).

No obstante, en el estudio de El- Hachem et al. indican que a la escala EPDS es una herramienta de detección confiable a partir de los dos días después del parto. Sin embargo, según Laviña (2013), comenta que esta escala es más fiable a las seis y/o ocho semanas después del parto (70). Por otro lado, otro estudio remarca el hecho de realizar el cuestionario a todas las embarazadas y puérperas, no solamente a las de riesgo, si no a todas, y sobre todo a las ocho semanas después del parto, que es cuando la incidencia a sufrir depresión posparto es mayor (67).

Sin embargo, se observó una tasa positiva de la escala EPDS a los $28 \pm 13,2$ días después del parto, lo que indica que sería conveniente realizar el cribado de manera rutinaria a partir de la segunda semana del parto, cuando las mujeres acudan a las revisiones del recién nacido. Además, es importante, que la EPDS se pueda administrar en cualquier etapa durante el periodo después del parto, es decir del nacimiento hasta los 12 meses, para poder confirmar los síntomas depresivos, presentando un nivel de evidencia III (66).

No obstante, en este estudio se ha observado que la aplicación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) ha disminuido la incertidumbre, ya que la probabilidad de tener DPP, ha aumentado la probabilidad en los resultados positivos y disminuido en los negativos. Dado que la prevalencia de DPP antes de la prueba es relativamente baja (18.7%) y no se acerca al 100% ni al 0%, es importante realizar un cribado con una prueba sencilla, accesible y precisa como la EPDS. La importancia de este radica en que los umbrales para el posible diagnóstico y el tratamiento de la DPP dependen de varios factores, como el escenario clínico, la gravedad de la DPP y el costo de los falsos positivos y falsos negativos tanto en términos clínicos como económicos. Por lo tanto, es importante concientizar al personal de salud y a la población en general sobre la relevancia de la DPP y la realización rutinaria del cribado con la EPDS durante las visitas de valoración del recién nacido (66).

Es importante destacar que la detección temprana de la depresión posparto proporcionaría información valiosa para implementar estrategias de prevención y tratamiento (65).

Podemos observar en la tabla de resultados, que, en la práctica, muchas comunidades autónomas realizan la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo cuando el cuestionario de Whooley ha sido positivo, es decir, utilizan paralelamente antes otro cribado para realizar la EPDS. Como es el caso de Cataluña, Cantabria, Murcia, Canarias y Castilla y León.

No obstante, en el caso de Cataluña, Cantabria y Canarias independientemente del resultado del cuestionario de Whooley, también realizaran la Escala de Edimburgo a las seis semanas tras el parto, siguiendo las recomendaciones que se estipulan en la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio, aunque en la guía crea que es una recomendación débil. Al contrario de Cataluña. Cantabria y Canarias realizan la Escala de Edimburgo, si el cuestionario de Whooley en las visitas sucesivas tras el parto,

es positivo, en cambio en Cataluña, deja de realizar el cuestionario de Whooley tras el parto.

Sin embargo, Murcia lo realiza solamente si el cuestionario de Whooley es positivo después de los 3-8 días del parto, apoyando lo que comentaban en el estudio de El-Hachem et al. que afirmaban que la escala EPDS es una herramienta de detección confiable a partir del segundo día posterior al parto. Como también, es el caso de Andalucía, la cual realiza la escala al tercer o cuarto día de vida del recién nacido.

Por otro lado, Castilla y León, solamente realiza la escala de Edimburgo si el cuestionario de Whooley es positivo, pero este se realiza la primera visita tras el alta, antes de los 5 días y la segunda visita al final de la cuarentena, en las 4/6 semanas tras el parto.

Por último, Islas Baleares, Valencia y Castilla y la Mancha podemos observar en la tabla de resultados que en sus protocolos no nombran la realización de dicha escala.

Derivación a salud mental

Es necesario derivar a la mujer a un especialista en salud mental para obtener un diagnóstico completo, ya que la escala EPDS no reemplaza la evaluación clínica. Se recomienda realizar este cuestionario a todas las mujeres embarazadas y puérperas, no solo a aquellas en situación de riesgo, especialmente a las 8 semanas después del parto, cuando la incidencia de la DPP es mayor (67).

Además, siempre que una madre obtenga un puntaje mayor a 12 en la escala de depresión posparto de Edimburgo, también requerirá una evaluación diagnóstica adicional con otro instrumento y, en ocasiones, será necesario remitirla a un especialista para proporcionarle a la madre el tratamiento adecuado (65). No obstante, otros autores opinan que, si al pasar la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo es positiva, se debería derivar al médico de familia quien se encargaría de derivar a la madre a salud mental (66).

Podemos observar que solamente tres comunidades autónomas realizan esta derivación a salud mental, la primera es Cataluña, que derivará a la madre si el resultado que obtienen de la EPDS es positivo, con una puntuación mayor a 13 o si la pregunta 10 es positiva, se le derivará al médico de familia y al mismo tiempo al psicólogo del ASSIR. Por otro lado, en Cantabria, utiliza mismo criterio que en Cataluña, con una única

diferencia es que, si la puntuación es diferente a cero en la pregunta número 10, la madre requerirá una evaluación adicional por Salud Mental sin sobrepasar las 24 horas. Y en el caso de Valencia, solamente derivaran a la madre si sospechan de depresión posparto.

En el resto de las comunidades autónomas no explican si se deriva al centro de salud mental en los diferentes protocolos.

6.5.6. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es un cuestionario psicométrico diseñado para evaluar la presencia de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes mayores de 13 años (71).

El BDI es un cuestionario de autoinforme que consta de 21 ítems sobre sintomatología de depresión tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc (69,71). Toda esta sintomatología se corresponde con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Dicho cuestionario consta de ítems con múltiples opciones, que sirven para evaluar la gravedad de los síntomas experimentados durante las últimas dos semanas. Para cada pregunta del test, se utiliza una escala de 4 puntos, que va desde 0 hasta 3 (69). Sin embargo, dos preguntas, la número 16 (que trata sobre cambios en el patrón de sueño) y la número 18 (que trata sobre cambios en el apetito), tienen 7 categorías. Si alguien selecciona múltiples categorías para una de estas preguntas, se tomará en cuenta la categoría que tenga la puntuación más alta (71).

La puntuación del cuestionario oscila entre 0 y 63, donde una puntuación más alta indica una mayor gravedad de los síntomas depresivos. Se han establecido puntos de corte para clasificar a los participantes en uno de los cuatro grupos siguientes: mínima depresión (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63). (69,71).

La utilización del BDI-II es sencilla, ya que se puede aplicar tanto de manera individual como colectiva y con diferentes formatos: papel y lápiz o forma oral. En general, se requieren entre 5 y 10 minutos para completarlo, aunque los pacientes que presentan depresión grave o trastornos obsesivos pueden necesitar más tiempo para su cumplimentación (71).

7. CONCLUSIONES

Tras la investigación, se concluyen los siguientes aspectos basándose en los objetivos planteados anteriormente:

- Varios estudios corroboran la relación entre la depresión posparto y las consecuencias negativas en el niño, los cuales se han dividido en: peores resultados en la lactancia materna, trastornos en el vínculo madre e hijo, problemas en el comportamiento de los niños y problemas en el desarrollo infantil. Esto sucede debido a que las madres con DPP tienden a tener menos sensibilidad materna, menor capacidad de respuesta materna, menor sensibilidad, mayor desconexión materna, irritabilidad, hostilidad, menos afectividad, menos sonrisa hacia el bebé y menos capacidades de respuesta materna.
- La relación entre la lactancia materna y la depresión posparto es bidireccional; no amamantar puede aumentar el riesgo de depresión posparto, pero también la depresión posparto puede afectar a disminuir las tasas de lactancia materna y al cese temprano de esta. En varios estudios coincidieron que el tercer mes después del nacimiento era el que había más bajas de lactancia debido a que el permiso de maternidad solo dura 4 meses y ese mes habían de decidir qué harían, eso aumentaba el riesgo de tener más estrés y depresión. La evaluación de las preocupaciones psicológicas maternas y la prestación de apoyo a las madres lactantes pueden ayudar a mejorar la adherencia a la lactancia materna. Es importante identificar a las madres que corren el riesgo de dejar de amamantar de manera temprana y que puedan necesitar apoyo adicional. Por lo tanto, este trastorno se debe incluir en las guías de apoyo prenatal y posparto temprano para la lactancia materna.
- Son varios los estudios que han demostrado que la depresión posparto materna está asociada a un deterioro de la vinculación entre la madre y el bebé y deterioro del apego.
- Muchos estudios afirman que las madres con depresión tienen menos interacción positiva con sus hijos, disminución del contacto visual y de las expresiones faciales afectuosas, provocando vocalizaciones más cortas, más sencillas y menos frecuentes en los bebés.
- Varios autores corroboran que la depresión en la madre durante el embarazo y en los primeros períodos después del parto tiene un impacto negativo en el desarrollo social, emocional y conductual de los niños. Estos problemas pueden aparecer como problemas de comportamiento, de desobediencia, de agresión,

de delincuencia, alto riesgo de depresión, hiperactividad y otros trastornos psíquicos. Resulta muy importante identificar los factores de riesgos relacionados con estos problemas, en concreto la DPP, debido a que podrían afectar a su correcto desarrollo psicosocial y problemas de salud mental posteriores.

- En otros estudios, podemos observar que la depresión posparto de la madre también afecta a la hora de desarrollarse y en un futuro se observan esas consecuencias en el estudio, donde los niños tienen a obtener resultados académicos más bajos.
- Se requiere profundizar en la salud mental materna para poder identificar los síntomas depresivos elevados a nivel clínico y subclínico, y así poder proporcionar un tratamiento basado en la evidencia y monitorearlas con exámenes de detección repetidos, con el objetivo de reducir los riesgos, debidos a la DPP, de las consecuencias negativas en los niños.
- Entre los distintos factores de riesgo de las madres para desarrollar una depresión posparto incluyen: haber padecido una depresión, tener un apoyo social insuficiente, sufrir síndrome premenstrual, padecer eventos vitales estresantes durante el embarazo, vivir situaciones estresantes crónicas, haber sufrido abuso o violencia tanto en la infancia, edad adulta o en el propio embarazo, rasgos de personalidad extremos, antecedentes psiquiátricos positivos, dificultades en la lactancia materna, la edad gestacional, los cambios hormonales, la privación del sueño y la predisposición genética.
- Y por último, existen discrepancias en los diferentes protocolos de atención al embarazo y al puerperio en las diferentes comunidades autónomas de España, donde debería de haber una unificación en relación con la actuación de enfermería en esta etapa y delante de una madre que presenta signos de estar sufriendo depresión posparto.

8. LIMITACIONES

La limitación que nos hemos encontrado ha sido que no hemos podido encontrar los protocolos de seguimiento y control del embarazo de las siguientes comunidades autónomas de España: Aragón, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Extremadura, Principado de Asturias y la Región La Rioja.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Roy R, Chakraborty M, Bhattacharya K, Roychoudhury T, Mukherjee S. Impact of perinatal maternal depression on child development. Indian Journal of Psychiatry [Internet]. 2022 [consultado 3 febrero 2023]; 64 (3): 284-288. Disponible en: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2022/64030/Impact_of_perinatal_maternal_depression_on_child.9.aspx
2. Schiavo R de A, Perosa GB. Child development, maternal depression and associated factors: A longitudinal study. Paid (Ribeirão Preto) [Internet]. 2020 [consultado 3 feb 2023]; 30: e3012. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/msdNDYZfsMdgNwKzPY869bk/?lang=en>
3. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2013 [consultado 3 feb 2023]; 27 (3): 185–93. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-53372013000300008
4. Balsebre CJ. Todo lo que necesitas saber sobre la depresión posparto. 20 enero 2021 [consultado 4 feb 2023]. Dentro: Balsebre CJ. SOM Salud Mental 360 [blog]. Disponible en: <https://www.som360.org/es/monografico/mujer-salud-mental/blog/todo-necesitas-saber-sobre-depresion-posparto>
5. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [consultado 4 febrero 2023] ;42. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49117/v42e972018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
6. OMS. Organización Mundial de la Salud [internet]. OMS; La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto; [actualizado 30 marzo 2022; consultado 4 febrero 2023]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
7. Ramos Jimenez I, Calvo Navarro R, Torres Navarro M, Ramírez Lorenzo MD, Casanova Caballero Y, Ballarín Ferrer A. Depresión postparto. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2021 c <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto/>

8. Acuña Alvarado A, Ramírez Zumbado E, Azofeifa Zumbado MF. Depresión postparto. Rev Médica Sinerg. [Internet]. 1 de setiembre de 2021 [consultado 04 feb 2023].;6(9):e712-e712. [consultado 05 febrero 2023] <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/712>
9. Maset J. Cinfá Salud: nos mueve la vida [Internet]. Navarra: laboratorios Cinfá. Cambios físicos y psicológicos durante el embarazo; [actualizado 22 diciembre 2021; consultado 09 febrero 2023]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/cambios-fisicos-y-psicologicos-durante-el-embarazo/>
10. Jorge Guimarães F, Juliany Da Silva Santos F, Flaudiano Bem Leite A, Rolim De Holanda V, Silva De Sousa G, Albuquerque Perrelli4 JG. Enfermedad mental en mujeres embarazadas [Internet]. 2019 [consultado 11 febrero 2023] 18 (53): 499-510. Disponible a: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-499.pdf>
11. Clínic Barcelona [Internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona. Unidad de salud mental perinatal; [actualizado 2023; consultado 11 febrero 2023]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/unidad/salud-mental-perinatal>
12. Educación maternal: Preparación para el nacimiento [Internet].Cataluña: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut; 2009 [consultado 11 febrero]. Disponible en: http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Preparacion_para_el_nacimiento.pdf
13. Andrade Rebolledo D. Factores psicosociales asociados al estado completo de salud mental de la mujer durante el puerperio [tesis]. Chile: Universidad de Concepción; 2021 [consultado 11 febrero 2023]. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/jspui/bitstream/11594/5537/1/Tesis%20factores%20psicosociales.Image.Marked.pdf>
14. Guías de Autoayuda: Afrontar la depresión Posparto [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2013 [consultado 11 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-postparto.pdf>
15. Ciencia UNAM [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Especial día de la mujer: La salud mental durante el embarazo; [actualizado 8 marz 2022; consultado 23 febrero 2023]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://ciencia.unam.mx/leer/1239/especial-dia-de-la-mujer-la-salud-mental-durante-el-embarazo->

16. Medina-Serdán E. Differences between postpartum depression, postpartum psychosis and maternity blues. SciELO Analytics. 2013 [consultado 11 febrero 2023].; 27 (3): 52-55. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
17. Psicología y mente [Internet]. Barcelona; Arturo Torres, 2017. Psicosis puerperal o posparto: causas, síntomas y tratamiento; [actualizado 12 marz 2017; consultado 23 febrero 2023]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: [Psicosis puerperal o posparto: causas, síntomas y qué hacer \(psicologiaymente.com\)](https://psicologiaymente.com/psicosis-puerperal-o-posparto-causas-sintomas-y-que-hacer)
18. Antúnez Ortigosa M, Martín Narvárez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Enferm. Cuid [Internet] 2022 [consultado 11 marzo 2023]; 5 (3):19-29. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645/4951>
19. Rubén Suárez Psicologo [Internet]. Madrid: Rubén Suárez; 2018. El materinty blues y la depresión periparto; [actualizado 23 oct 2018; consultado 14 mar 2023]; [aprox. 2 pantallas] . Disponible a: <https://www.rubensuarezpsicologo.com/el-maternity-blues-y-la-depresion-periparto/>
20. Roca A, Torres Giménez A, García Esteve L, Andrés Perpiñá S. Clínic Barcelona: Depresión posparto. Barcelona: Clínic Barcelona; 2003. ¿Qué es la depresión posparto; [actualizado 7 mayo 2019; consultado 15 marzo 2023]; [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto>
21. Pereda Ríos A, Navarro González M, Viñuela Benéitez MC, Aguarón de la Cruz A, Ortiz Quintana L. Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras. Elsevier. [Internet] 2014 [consultado 16 marzo 2023]; 41 (4):169-175. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-desordenes-psiquiatricos-el-puerperio-nuestro-S0210573X13001044>
22. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. Cataluña: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2018[3a edició, consultado 30 marzo 2023]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol_seguiment_embaras/protocol-seguiment-embaras-2018.pdf

23. Roca A, Torres Giménez A, García Esteve L, Andrés Perpiñá S. Clínic Barcelona: Depresión posparto. Barcelona: Clínic Barcelona; 2003. ¿Qué es la Depresión Posparto?; [actualizado 7 mayo 2019; consultado 19 marzo 2023]; [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto>
24. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2019 [consultado 20 marzo 2023];4(6):90–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7070474>
25. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. Enfermería Cuidandote [Internet]. 2022. [consultado 22 marzo 2023];5(3): 19-29. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645/4951>
26. Guía Salud. Evaluación y cribado de la depresión [Internet]. GuíaSalud. 2019 [consultado 23 marzo 2023]; [aprox 7 pantallas] Disponible en: <https://portal.quiasalud.es/egpc/6-evaluacion-y-cribado-de-la-depresion/>
27. Irma Rojas M, Dembowski N, Borghero F, González M. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento. Ministerio de Salud. [Internet]. 2014 [consultado 23 marzo 2023] Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
28. Jadresic M. E. Depresión posparto en el contexto del hospital general. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017;28(6):874–80. [consultado 24 marzo 2023] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426>
29. Roca A, Torres Giménez A, García Esteve L, Andrés Perpiñá S. Clínic Barcelona: Depresión posparto. Barcelona: Clínic Barcelona; 2003. Tratamiento de la Depresión Posparto; [actualizado 7 mayo 2019; consultado 24 marzo 2023]; [aprox 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto>
30. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. Junta de Andalucía: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 24 marzo 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf

31. Protocolo de atención al embarazo y puerperio [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria; 2007[actualizado 2017; consultado 25 marzo 2023]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/PROTOCOLO%20ATENCION%20EMBARAZO%20Y%20PUERPERIO%202017.Final%2029.1.18.pdf>
32. Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud materno-infantil de las Islas Baleares [Internet]. Islas Baleares: Conselleria Salut; 2014 [consultado 26 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/931/guia-buenas-practicas-embarazo-puerperio-periodo-neonatal.pdf>
33. Programa integral de atención a la mujer. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2012 [consultado el 30 marzo 2023]. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/266164-PIAM_2012_rev.pdf
34. Atención de la madre y el recién nacido/a durante el puerperio [Internet]. Canarias: Gobierno de Canarias; 2020[consultado 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e29a0513-7286-11ea-870d-13c8969bb0c7/Purperio.pdf>
35. Proceso asistencial integrado de atención al parto normal y al puerperio [Internet]. Castilla y León: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud; 2019[actualizado 209; consultado el 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-lasistenciales-gerencia-regional-salud/atencion-parto-normal-puerperio.ficheros/1263864-PAI%20parto%20normal%20y%20puerperio.pdf>
36. Embarazo, parto y puerperio [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía, Conselleria de Sanitat; 2002[actualizado 2014, consultado 30 marzo 2023]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956fa966b_embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf
37. Control básico del embarazo [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2002[consultado 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://cuidados20.san.gva.es/documents/16597/17777/Control+Basico+Embarazo.pdf>
38. Proceso Asistencial Integrado: Atención al embarazo normal y puerperio [Internet]. Castilla La Mancha: Servicio de Salud de Castilla La Mancha; 2015[consultado 30 marzo 2023]. Disponible en:

https://www.chospab.es/cursos_on_line/sescam/proceso_materno_infantil/archivos/Trabajo_del_Grupo_Embarazo_Puerperio_2015.pdf

39. Atención al puerperio. [Internet]. País Vasco: Osakidetza; 2018 [consultado 30 marzo 2023]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_mate_educativo_divulgativo/es_def/adjuntos/Protocolos/Atencion-puerperio.pdf
40. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria; 2019 [consultado 30 marzo 2023]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?Idioma=es&IDCatalogo=2769&IdPaxina=40008>
41. Lactancia materna [Internet]. Disponible en: Organización mundial de la salud [Internet]. Lactancia materna; [aprox 1 pantalla]. Disponible en: [Lactancia materna \(who.int\)](https://www.who.int/lactancia-materna)
42. Sá Vieira E, Torquato Caldeira N, Soares Eugênio D, Moraes di Lucca M, Aparecida Silva I. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Enfarmagen*. [Internet]. 2018 [consultado 11 abril 2023]; 6 (26). Disponible en: DOI: [10.1590/1518-8345.2110.3035](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035)
43. Mikšić S, Uglešić B, Jakab E, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. *Environmentan Research and Public Health*. [Internet] 2020 [consultado 12 abril 2023]; 17 (18). Disponible en: DOI: [10.3390/ijerph17082725](https://doi.org/10.3390/ijerph17082725)
44. Gila-Díaz A, Herranz Carrillo G, López de Pablo A, Arribas S. Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *Environmentan Research and Public Health*. [Internet]. 2020 [consultado 12 abril 2023]; 17 (19). Disponible en: DOI: [10.3390/ijerph17197153](https://doi.org/10.3390/ijerph17197153)
45. Mercan Y, Tari K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *Plos One*. [Internet]. 2021 [consultado 12 abril 2023]; 16 (4). Disponible en: [Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women | PLOS ONE \(urv.cat\)](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248888)
46. Lugo Y, Guerrero R, López M. Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna. *Fundación Dialnet*. [Internet]. 2019 [consultado

- 14 abril 2023]; 26 (3). Disponible en: [Depresión posparto como factor asociado al abandono de la lactancia materna - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
47. Silva C, Lima M, Sequeira-de-Andrade L, Oliveira J, Monteiro J, Lma N, Santos R, Lira P. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. Sociedade Brasileira. [Internet]. 2017 [consultado 16 abril 2023]; 93 (4): 356-364. Disponible en: DOI: [10.1016/j.jped.2016.08.005](#)
48. Opie R, Zheng M, Torres S, Cambell K. The impact of maternal post-partum depressive symptoms on child diet at 18 months. Maternal and Child. [Internet]. 2021 [consultado 16 abril 2023]; 17 (4). Disponible en: DOI: [10.1111/mcn.13187](#)
49. Wouk K, Stuebe A, Melthezer B. Prácticas posparto de salud mental y lactancia materna: un análisis utilizando el sistema de monitoreo de evaluación de riesgos en el embarazo 2010-2011. Salud Materno infantil. [Internet]. 2017 [consultado 16 abril 2023]; 21: 636- 647. Disponible en: [Prácticas posparto de salud mental y lactancia materna: un análisis utilizando el sistema de monitoreo de evaluación de riesgos en el embarazo 2010-2011 | SpringerLink](#)
50. Lara S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer S. Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. Libertpub. [Internet] 2017. [consultado 20 abril 2023]; 12 (7): 436-442. Disponible en: DOI: [10.1089/bfm.2016.0213](#)
51. Chih H, Betts K, Scott J, Alati R. Maternal Depressive Symptoms and Infant Feeding Practices at Hospital Discharge: Findings from the Born in Queensland Study. SpringerLink. [Internet] 2021. [consultado 20 abril 2023]; 25(3):385-391. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33226579/>
52. Toledo C, Cianneli R, Villegas N, De Oliveira N. The significance of breastfeeding on postpartum depression risk. PHN. [Internet] 2021 [consultado 21 abril 2023]; 39 (1): 15-23. Disponible en: [La importancia de las prácticas de lactancia materna en el riesgo de depresión posparto \(wiley.com\)](#)
53. Alegría M, Martínez D, Muñoz M.J, Ortiz I, Oliver A, Richard-Martínez M. Spanish reference values for the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form BSES-SF. Anales Sis San Navarra. [Internet] 2014. [consultado 21 abril 2023]; 37 (2). Disponible en: [Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF \(isciii.es\)](#)
54. Bertazzi R, Kontos A, Faisal-Cury A, Tabb K. Postpartum bonding at the beginning of the second year of child's life: the role of postpartum depression and early

- bonding impairment. *Psychosom Obstet.* [Internet] 2020. [consultado 21 abril 2023]; 41 (3) 224-230. Disponible en: DOI: 10.1080 [/0167482X.2019.1653846](https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1653846)
55. Tsuchida A, Hamazaki K, Matsumura K, Miura K, Kasamatsu H, Inadera H. Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. Elsevier. [Internet] 2018. [consultado 21 abril 2023]; 110: 110-116. Disponible en: DOI: [10.1016/j.jpsychires.2018.11.022](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.022)
56. Hakanen H, Flykt M, Nolvi S, Pelto J, Karlsson H, Karlsson L. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? Elsevier. [Internet] 2019. [consultado 22 abril 2023]; 1(257): 83-90. Disponible en: DOI: [10.1016/j.jad.2019.06.048](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.048)
57. Makeen M, Farrell L, Lasorda L, Deng Y, Altamirano V, Jarvis O et al. Associations between postpartum pain, mood, and maternal-infant attachment and parenting outcomes. *NPG.* [Internet] 2022. [consultado 22 abril 2023]; 12(1):17814. Disponible en: DOI: [10.1038/s41598-022-21793-1](https://doi.org/10.1038/s41598-022-21793-1)
58. Kingston D, Kehler H, Austin MP, Wajid A, Vermeyden L, Giallo R et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *Pubmed.* [Internet] 2018. [consultado 23 abril 2023]; 13 (4). Disponible en: DOI: [10.1371/journal.pone.0195365](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365)
59. Letourneau N, Leung B, Ntanda H, Dewey D, Deane A. Maternal and paternal perinatal depressive symptoms associate with 2- and 3-year-old children's behaviour: findings from the APrON longitudinal study. *BMC.* [Internet] 2019. [consultado 23 abril 2023]; 19(1):435. Disponible en: DOI: [10.1186/s12887-019-1775-1](https://doi.org/10.1186/s12887-019-1775-1)
60. Tainaka H, Takahashi N, Nishimura T, Okumura A, Harada T et al. Long-term effect of persistent postpartum depression on children's psychological problems in childhood. Elsevier. [Internet] 2022. [consultado 23 abril 2023]; 19 (1):71-76. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/35219738/>
61. Smith-Nielsen J, Egmo I, Guedeney A, Skovgaard Vaever M et al. Associations between symptoms of maternal postpartum depression, gestational age and infant social withdrawal: A longitudinal study in a community cohort. [Internet] 2022 [consultado 27 abril 2023]; 40(3):371-383. Disponible en: DOI: [10.1111/bjdp.12414](https://doi.org/10.1111/bjdp.12414)
62. Alvarenga P, Paixão C, Freitas Soares Z, Santos da Silva AC. Impacto da saúde mental materna na interação mãe-bebê e seus efeitos sobre o desenvolvimento

- infantil. Psico. [Internet]. 2018 [consultado 02 marzo 2023]; 49(3): 317-327. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6676241>
63. Paolantonio MP, González GL, Rivarola Carolina, Faas AE. Variaciones de las vocalizaciones del bebé y del habla materna en función de la depresión posparto: Modulaciones según edad y sexo infantil. Rev de psicología y ciencias afines [Internet]. 2020 [consultado 03 marzo 2023]; 37 (1): 205-220. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8220188>
64. Faisal-Cury A, Tabb KM, Ziebold C, Matijasevich A. The impact of postpartum depression and bonding impairment on child development at 12 to 15 months after delivery. J Affect Disord Rep [Internet]. 2021[consultado 03 mar 2023];4(100125):100125. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915321000524>
65. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. Gac Med Mex [Internet]. 2020 [consultado 11 feb 2023];156(3). Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/files/es/gmm_20_156_3_202-208.pdf
66. Cotta Luque VM, Romero Sánchez LM. Algoritmo de detección y derivación de depresión posparto. Enfermería Cuidándote. [Internet]. 2020 [consultado 12 feb 2023]; 3 (3): 30-37. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/issue/view/400/296>
67. Prieto Garcia C. Depresión posparto: Revisión de los factores de riesgo [TFG en Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2020. [consultado 02 marzo 2023]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/143522/TFG_PrietoGarcia_DepresionPostparto.pdf?sequence=1&isAllowed=y
68. Jadresic ME. Depresión posparto en el contexto del hospital general. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2017[consultado 02 marzo 2023];28(6):874–80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401730142>
69. Mikšić Š, Uglešić B, Jakab J, Holik D, Milostić Srb A, Degmečić D. Positive Effect of Breastfeeding on Child Development, Anxiety, and Postpartum Depression. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2020 [consultado 02 marzo 2023]; 15;17(8):2725. DOI: [10.3390/ijerph17082725](https://doi.org/10.3390/ijerph17082725)
70. Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto. Musas. Empoderamiento de las mujeres y maternidades complejas.

[Internet]. 2017 [consultado 02 marzo 2023]; 2 (1): 57-85. Disponible en:
<https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368>

71. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del inventario BDI-II. [Internet]. Cop.es. [consultado 02 marzo 2023]. Disponible en:
<https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>

10. ANEXOS

1. Escalas para la detección de riesgo de depresión posparto

1.1. Escala de Edimburgo

| | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas: A) como siempre B) No tanto ahora C) Mucho menos ahora D) No, nada | Puntuación A. 0 B. 1 C. 2 D. 3 |
| 2. He disfrutado mirar hacia delante: A) Tanto como siempre B) No tanto ahora C) Mucho menos ahora D) No, nada | A. 0 B. 1 C. 2 D. 3 |
| 3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente: A) Sí, la mayor parte del tiempo B) Sí, a veces. C) No con mucha frecuencia D) No nunca | A. 3 B. 2 C. 1 D. 0 |
| 4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo: A) No, nunca B) Casi nunca C) Sí, a veces D) Sí, con mucha frecuencia | A. 0 B. 1 C. 2 D. 3 |
| 5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo A) Sí, bastante | |

| | |
|--|--|
| <p>B) Sí, a veces C) No, no mucho D) No, nunca</p> | <p>A. 3 B. 2 C. 1 D. 0</p> |
| <p>6. Las cosas me han estado abrumando: A) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto B) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre C) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien D) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre</p> | <p>A. 3 B. 2 C. 1 D. 0</p> |
| <p>7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir: A) Sí, la mayor parte del tiempo B) Sí, a veces C) No con mucha frecuencia D) No, nunca</p> | <p>A. 3 B. 2 C. 1 D. 0</p> |
| <p>8. Me he sentido triste o desgraciada: A) Sí, la mayor parte del tiempo B) Sí, bastante a menudo C) No con mucha frecuencia D) No, nunca</p> | <p>A. 3 B. 2 C. 1 D. 0</p> |
| <p>9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando: A) Sí, la mayor parte del tiempo B) Sí, bastante a menudo C) Sólo ocasionalmente D) No, nunca</p> | <p>A. 3 B. 2 C. 1 D. 0</p> |

| | |
|--|---|
| <p>10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</p> <p>A) Sí, bastante a menudo</p> <p>B) A veces</p> <p>C) Casi nunca</p> <p>D) Nunca</p> | <p>A. 3</p> <p>B. 2</p> <p>C. 1</p> <p>D. 0</p> |
|--|---|

1.3. Cuestionario de depresión de Beck

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Se debe elegir uno de cada grupo, el que mejor describa como se ha sentido en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Si en el enunciado de un mismo grupo les suena igual, se debe marcar el de puntuación más alta. Solo se debe elegir una opción.

| | |
|--|--|
| <p>1. Tristeza</p> <p>A) No me siento triste</p> <p>B) Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>C) Me siento triste todo el tiempo.</p> <p>D) Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>2. Pesimismo</p> <p>A) No estoy desalentado respecto del mi futuro.</p> <p>B) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>C) No espero que las cosas funcionen para mi.</p> <p>D) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |

| | |
|--|--|
| <p>3. Fracaso</p> <p>A) No me siento como un fracasado.</p> <p>B) He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>C) Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.</p> <p>D) Siento que como persona soy un fracaso total.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>4. Pérdida de placer</p> <p>A) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>B) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>C) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.</p> <p>D) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>A) No me siento particularmente culpable.</p> <p>B) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>C) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>D) Me siento culpable todo el tiempo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>A) No siento que este siendo castigado</p> <p>B) Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>C) Espero ser castigado.</p> <p>D) Siento que estoy siendo castigado.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |

| | |
|--|--|
| <p>7. Disconformidad con uno mismo.</p> <p>A) Siento acerca de mi lo mismo que siempre.</p> <p>B) He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>C) Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>D) No me gusto a mí mismo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>8. Autocrítica</p> <p>A) No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>B) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>C) Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>D) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>A) No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>B) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>C) Querría matarme</p> <p>D) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>10. Llanto</p> <p>A) No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>B) Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>C) Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>D) Siento ganas de llorar pero no puedo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>11. Agitación</p> | <p>Puntuación</p> |

| | |
|---|--|
| <p>A) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>B) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>C) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>D) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> | <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>12. Pérdida de interés</p> <p>A) No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>B) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>C) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>D) Me es difícil interesarme por algo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>13. Indecisión</p> <p>A) Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>B) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>C) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>D) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>14. Desvalorización</p> <p>A) No siento que yo no sea valioso.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> |

| | |
|---|--|
| <p>B) No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>C) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>D) Siento que no valgo nada.</p> | <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>15. Pérdida de energía</p> <p>A) Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>B) Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>C) No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>D) No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>16. Cambios en los hábitos de sueño</p> <p>A) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>B) Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>C) Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>D) Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>E) Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>F) Duermo la mayor parte del día.</p> <p>G) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 1</p> <p>D. 2</p> <p>E. 2</p> <p>F. 3</p> <p>G. 3</p> |
| <p>17. Irritabilidad</p> <p>A) No estoy tan irritable que lo habitual.</p> <p>B) Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>C) Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>D) Estoy irritable todo el tiempo.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |

| | |
|--|--|
| <p>18. Cambios en el apetito.</p> <p>A) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>B) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>C) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>D) Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>E) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>F) No tengo apetito en absoluto.</p> <p>G) Quiero comer todo el día.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 1</p> <p>D. 2</p> <p>E. 2</p> <p>F. 3</p> <p>G. 3</p> |
| <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>A) Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>B) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>C) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>D) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>A) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>B) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>C) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>D) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía</p> | <p>Puntuación</p> <p>A. 0</p> <p>B. 1</p> <p>C. 2</p> <p>D. 3</p> |
| <p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> | <p>Puntuación</p> |

| | |
|---|------|
| A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. | A. 0 |
| B) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. | B. 1 |
| C) Estoy mucho menos interesado en el sexo. | C. 2 |
| D) He perdido completamente el interés en el sexo. | D. 3 |

2. Estrategias de búsqueda de la revisión bibliográfica.

2.1. Estrategias de búsqueda en PubMed.

Operadores booleanos: *((postpartum depression) OR (depression postpartum)) AND ((child development) OR (childhood development) OR (child consequences) OR (breastfeeding) OR (child affectation) OR (socioemotional adjustment in childhood) OR (socioemotional adjustment) OR (bonding impairment) OR (maternal care)) OR (mother-infant relationship quality) OR (mother-infant relationship) OR (mother-infant).*

Filtros aplicados: Free full text, Humans, Catalan, English, Portuguese, Spanish, Child: birth-18 years, Newborn: birth-1 month, Infant: birth-23 months, Infant: 1-23 months, Preschool Child: 2-5 years, Child: 6-12 years.

2.2. Estrategias de búsqueda en Dialnet

Operadores booleanos: *((postpartum depression) OR (depression postpartum)) AND ((child development) OR (childhood development) OR (child consequences) OR (breastfeeding) OR (child affectation) OR (socioemotional adjustment in childhood) OR (socioemotional adjustment) OR (bonding impairment) OR (maternal care)).*

Filtros aplicados: todos los idiomas, no tesis y solo textos completos.

2.3. Estrategias de búsqueda en Cinahl

Operadores booleanos: *((postpartum depression) OR (depression postpartum)) AND ((child developement) OR (childhood development) OR (child consequences) OR (breastfeeding) OR (child affectation) OR (socioemotional adjustment in childhood) OR (socioemotional adjustment) OR (bonding impairment) OR (maternal care)) OR (mother-infant relationship quality) OR (mother-infant relationship) OR (mother-infant).*

3. Escala de autoeficacia para la lactancia materna

Esta consta de 14 ítems, cada uno se puntúa mediante una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 indica muy insegura y 5 indica muy segura. A continuación, se exponen los 14 ítems (2):

1. Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.
2. Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.
3. Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas.
4. Puedo asegurar que mi hijo está apropiadamente agarrado de mi pecho mientras se alimenta.
5. Puedo manejar a mi bienestar la situación de amamantamiento.
6. Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.
7. Puedo mantener el deseo de amamantar.
8. Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.
9. Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.
10. Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.
11. Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.
12. Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.
13. Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.
14. Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.