

Olga Huerta Gibaja  
Ester Galvañ Fernández

Ester Galvañ Fernández  
Olga Huerta Gibaja

# **REVISIÓN SÍSTEMÁTICA SOBRE LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por Dr. Isaac Herrera Ramos

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2024

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.2. OBJETIVOS .....	7
2. MARCO TEÓRICO .....	8
2.1. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO .....	8
2.1.1. DIFERENCIA ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRISTEZA POSTPARTO .....	8
2.1.2. CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA MUJER.....	9
2.2. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA.....	11
2.3. FACTORES DE RIESGO .....	12
2.3.1. FACTORES PROTECTORES .....	12
2.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO .....	13
2.5. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD .....	14
2.5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO .....	14
2.5.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	16
2.6. TEORÍA SOBRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO DE CHERYL TATANO BECK.....	17
2.7. HISTORIA.....	20
2.7.1. REFLEXIÓN ÉTICA.....	21
2.8. ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO.....	22
2.8.1. ESTRATEGIAS GLOBALES PARA LA SALUD MENTAL MATERNA POSTPARTO: UN ENFOQUE INTEGRAL .....	22
2.8.2. CRIBADO DEPRESIÓN POST PARTO.....	23
2.9. ¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LAS TICS A LA DPP?.....	26
3. METODOLOGÍA.....	28
3.1. TERMINOLOGÍA UTILIZADA .....	28
3.2. CRITERIOS DE LA SELECCIÓN .....	29
3.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	29
4. RESULTADOS.....	33
5. DISCUSIÓN .....	44
6. CONCLUSIONES .....	49
7. LIMITACIONES.....	51
8. BIBLIOGRAFÍA .....	52
9. ANEXOS.....	61

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Etapas de la depresión postparto según Cheryl Tatano Beck (Beck y Driscoll, 2006) .....	19
Ilustración 2. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nueva revisiones sistemáticas incluyendo búsquedas de sólo bases de datos y registros.....	32
Ilustración 3. Cuestionario Whooley (NICE 2014) .....	61
Ilustración 4. Pautas para la evaluación y el uso de la escala EPDS .....	61
Ilustración 5. Cuestionario sobre la Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) .....	62
Ilustración 6. Cribaje para detectar la depresión y la ansiedad. Gencat [24] .....	63

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados de las búsquedas .....	30
Tabla 2. Estudios seleccionados para los resultados .....	33

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

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

DPP: Depresión Postparto

HCG: hormona gonadotropina coriónica

HPL: Lactógeno placentario humano

AVP: arginina vasopresina

HPA: hipotalámico-pituitario-suprarrenal

IMC: Índice de masa corporal

OMS: Organización Mundial de la Salud

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

NICE: Instituto Nacional para la Excelencia Clínica

EPDS: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo

PROSAG: Protocol de seguiment de l'embaràs

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

MhGAP: Mental Health Global Action Programme

TPAL: Nacimientos a término; nacimientos pretérminos; abortos; hijos vivos

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina

FDA: Food and Drug Administration

TCC: terapia conductual

TEC: Terapia Electroconvulsiva

## RESUMEN

La depresión postparto afecta aproximadamente a un 10 a 15% de las mujeres. En primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35% [51].

Además de ser un problema para la mujer ya que puede provocar el consumo de sustancias, la sensación de pérdida de control, sentimientos de incapacidad para la crianza, dificultades en la lactancia o el riesgo de suicidio [55], también afecta a la relación madre-hijo ya que hay estudios que han demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficits en su desarrollo social y cognitivo, pudiendo poner en riesgo la salud mental de sus hijos desde una edad muy temprana. [51, 54].

La intención de este trabajo es revisar los cuidados enfermeros a las gestantes en torno a su salud mental, más en concreto, conocer la depresión postparto y cuál es el papel de enfermería.

Se quiere conocer la prevalencia de este problema de salud; el cribado y otras intervenciones de la depresión postparto en España.

Con tal de dar forma al trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, usando artículos primarios para los resultados.

Tras la revisión se ha concluido que se podría reducir la prevalencia y la incidencia mediante intervenciones enfermeras tales como atención individualizada y holística en consulta o a domicilio; técnicas mindfulness y terapia cognitivo conductual; asistencia tecnológica postparto; medidas dirigidas al bienestar emocional, entre otras. Además, también se podría prevenir la enfermedad si el personal sanitario conoce los factores de riesgo de la DPP y sabe cómo usar escalas de detección como EPDS y Whooley.

**Palabras clave:** “postpartum depression”; “nursing intervention”; “risk factors”; “m-health”; “nursing”; “Whooley questions”; “Edinburgh Postnatal Depression Scale”; “scales”, “intervention”; “technology”

## ABSTRACT

Postnatal depression affects approximately 10 to 15% of women. In primiparous women, the incidence may be even higher (12 to 25%), and in some high-risk groups, it can reach 35% [51].

In addition to being a problem for the woman herself, as it can lead to substance abuse, feelings of loss of control, a sense of incapacity for parenting, difficulties in breastfeeding, or the risk of suicide [55], it also affects the mother-child relationship. There are studies that have shown that children of depressed mothers exhibit deficits in their social and cognitive development, potentially jeopardising the mental health of their children from a very young age [51, 54].

The intention of this work is to review nursing care for pregnant women regarding their mental health, specifically to understand postnatal depression and the role of nursing.

We aim to understand the incidence and prevalence of this health problem; screening and other interventions for postnatal depression in Spain and more specifically in Catalonia.

To shape this work, a systematic literature review has been conducted using primary articles for the results.

After the review, it has been concluded that the prevalence and incidence could be reduced through nursing interventions such as individualized and holistic care in consultations or at home; mindfulness techniques and cognitive-behavioral therapy; postpartum technological assistance; measures aimed at emotional well-being, among others. Additionally, the disease could also be prevented if healthcare personnel are aware of the risk factors for PPD and know how to use screening scales such as EPDS and Whooley.

**Keywords:** “postpartum depression”; “nursing intervention”; “risk factors”; “m-health”; “nursing”; “Whooley questions”; “Edinburgh Postnatal Depression Scale”; “scales”, “intervention”; “technology”

## 1. INTRODUCCIÓN

Hemos elegido este tema porque a ambas nos interesaba la salud mental y la gestación. Después de hacer prácticas hospitalarias en materno-infantil, hemos podido observar los cambios emocionales que experimenta la mujer, muchas veces debido a un nuevo proceso de adaptación a los cambios fisiológicos de esta nueva etapa.

Esta revisión bibliográfica sistemática pretende estudiar las intervenciones en España que hace la enfermera a las mujeres durante y tras el parto, concretamente centradas a prevenir la depresión postparto.

La depresión postparto afecta aproximadamente a un 10 a 15% de las mujeres. En primíparas la incidencia puede ser aún mayor (12 a 25%) y en algunos grupos de riesgo puede llegar al 35% [51].

Además de ser un problema para la mujer ya que puede provocar el consumo de sustancias, la sensación de pérdida de control, sentimientos de incapacidad para la crianza, dificultades en la lactancia o el riesgo de suicidio [55], también afecta a la relación madre-hijo ya que hay estudios que han demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficits en su desarrollo social y cognitivo incluso desde los tres meses de edad, pudiendo poner en riesgo la salud mental de sus hijos desde una edad muy temprana [51, 54].

La intención es enfocarnos en los cuidados de la maternidad que comprendan la salud mental, enfatizando en el tipo de cuidados que propone Cheryl Tatano con su teoría durante la gestación, parto y puerperio pudiendo proporcionar una asistencia sanitaria más integradora [49, 52].

Es por lo que profundizaremos en el nivel de atención sanitaria más cercana a la población, la prevención primaria desde los centros de atención primaria. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención eficaz y una detección precoz. [53]

Nuestro objetivo es determinar la incidencia y prevalencia de este problema de salud. Así como reunir las intervenciones que se practican en el territorio español.

## 1.2. OBJETIVOS

### GENERAL

- Reunir datos acerca de la depresión postparto tales como la fisiopatología, epidemiología y técnicas de prevención y abordaje. Conocer los cuidados de enfermería referente a la salud mental de las gestantes en la última etapa del parto y en el postparto con la finalidad de prevenir o paliar la depresión postparto.

### ESPECÍFICOS

- Analizar la prevalencia de la depresión postparto en gestantes.
- Discutir la incidencia de la depresión postparto según las intervenciones realizadas.
- Conocer las diferentes intervenciones enfermeras en atención primaria que se realizan en España.
- Conocer los factores de riesgo asociados a la depresión postparto.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO

Actualmente existe el término depresión perinatal que engloba la depresión preparto y postparto. La depresión postparto (DPP) es uno de los diagnósticos psiquiátricos relacionados con la gestación. Es un trastorno del estado de ánimo que sucede en los 12 primeros meses tras el parto. La madre experimenta emociones como apatía o tristeza que le impiden realizar su día a día de la misma manera que lo hacían antes [17].

El Dr. Anshu Banerjee, director del Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente y Envejecimiento de la OMS explica [11]:

“[...] el nacimiento de un bebé es un acontecimiento que cambia mucho la vida, en el que se entremezclan sentimientos de amor, esperanza y emoción, pero que también puede provocar estrés y ansiedad sin precedentes. Los progenitores –especialmente las mujeres, cuyas necesidades se descuidan con demasiada frecuencia una vez nacido el bebé– necesitan sistemas sólidos de apoyo y atención de salud”.

Si tratamos de buscar la enfermedad en el DSM-V la encontraremos en la sección de trastornos depresivos específicos un especificador conocido como "con inicio en el periparto", que se define como el episodio más reciente de depresión mayor si los síntomas del estado de ánimo comienzan durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto. Además, cabe destacar que el 50% de los episodios de depresión mayor "posparto" realmente tienen su inicio antes del parto, y se denominan colectivamente como episodios del periparto [13].

#### 2.1.1. DIFERENCIA ENTRE DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRISTEZA POSTPARTO

El término tristeza postparto, también conocido como disforia postparto o "*Maternity Blues*", se emplea para describir un estado de vulnerabilidad emocional que puede manifestarse entre el tercer y quinto día después del parto. Como menciona la Dra. Susana Andrés, psicóloga clínica del Hospital Clínico, "*Puede ser normal tener tristeza. De hecho, tener un hijo, sobre todo el primero, es un cambio vital muy importante*". Los cambios biológicos y los esfuerzos

para adaptarse a los nuevos hábitos asociados a la maternidad pueden incidir en el estado de ánimo de la mujer.

El 70% de las madres experimentan esto debido a los significativos cambios biopsicosociales que ocurren antes, durante y después del parto.

Aunque los sentimientos de ansiedad, irritabilidad, tristeza con llanto e inquietud son frecuentes durante las dos primeras semanas después del parto, no se considera un diagnóstico clínico según el DSM-V [8].

Es importante destacar que la tristeza postparto puede progresar hacia una condición más grave. Si los cambios de ánimo son más intensos y frecuentes, y persisten durante más de dos semanas, se recomienda una evaluación para descartar posibles patologías como la depresión postparto o DPP [10].

### 2.1.2. CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA MUJER

La biología de la mujer abarca un conjunto de procesos fisiológicos y hormonales que tienen lugar a lo largo de su vida. En particular, durante el período del embarazo, se producen una serie de cambios significativos en el cuerpo de la mujer para facilitar el desarrollo y el crecimiento del feto. Estos cambios, tanto a nivel endocrino como metabólico y hemodinámico, son esenciales para mantener un entorno favorable para el desarrollo del bebé. Sin embargo, también pueden influir en la salud física y mental de la madre durante este período tan crucial.

Durante el embarazo, se producen importantes **cambios físicos** a nivel endocrino, metabólico, hemodinámico y respiratorio para garantizar el adecuado desarrollo y nutrición del feto. A nivel endocrino, se observa un aumento en la secreción de hormonas como la gonadotropina coriónica humana (HCG) y el lactógeno placentario humano (HPL), y un aumento en los niveles de estrógenos y progesterona. Paralelamente, se registra una disminución de la glucosa en ayunas y un aumento postprandial, junto con un aumento de la HPL, especialmente en la segunda mitad del embarazo. Desde una perspectiva hemodinámica, se produce un aumento en el volumen sanguíneo total, lo que conlleva un incremento en la frecuencia y el gasto cardíacos, y una mayor susceptibilidad a la hipotensión y la presencia de soplos cardíacos. En lo que respecta al sistema respiratorio, se observa una mayor demanda de oxígeno, lo que puede traducirse en síntomas como la disnea o la sensación de ahogo. Las náuseas y vómitos, asociados a HCG en la primera mitad del embarazo, están vinculados al sistema digestivo, como el estreñimiento y los reflujos,

provocados por la relajación de la musculatura y la hipomotilidad gástrica, y el mal cierre de la válvula cardias [2, 9].

Varios estudios han explorado diferentes aspectos relacionados con el embarazo y la salud mental de la madre. Un Ensayo Clínico liderado por Romero-González et al. (2018) [6] examinó la relación entre el Índice de Masa Corporal (IMC) y el estrés psicológico durante el embarazo, concluyendo que un mayor IMC se asocia con un aumento del estrés psicológico y la presencia de síntomas psicopatológicos y fisiológicos.

Por otro lado, Kashkouli et al. (2023) [3] sugiere que la arginina vasopresina (AVP) puede estar involucrada en el desarrollo de la depresión en mujeres embarazadas, al afectar la actividad del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA). Además, un estudio dirigido por Sha et al. (2022) [5] destacó las fluctuaciones en el sistema inmunitario durante el embarazo, sugiriendo que ciertas citoquinas y metabolitos del triptófano pueden ser útiles como marcadores clínicos de riesgo para predecir la depresión durante este período.

Otro análisis metabólico llevado a cabo por Henriksson et al. (2019) [4] no encontró diferencias significativas en el metabolismo de mujeres embarazadas con y sin depresión, aunque se observaron cambios estacionales en los marcadores metabólicos.

La investigadora Tatano decía con respecto a la biología del cerebro que un factor estresante prolongado en el tiempo crea una alteración biológica en el cerebro. Si a ello se le suman otros acontecimientos estresantes, la alteración se puede convertir en un trastorno psiquiátrico.

La mujer también sufre **cambios emocionales**. Es frecuente que la gestante viva el embarazo de manera bonita, disfrutando el nuevo cuerpo y viéndose más guapas. Aparecen sentimientos optimistas y de alegría; ambivalencia; sensación de inseguridad; preocupación por el bienestar del recién nacido y cambios de humor. Es por lo que se debe reforzar el embarazo como un proceso normal [34].

Finalmente, es importante reconocer que el embarazo también conlleva cambios significativos en el cuerpo de la mujer que pueden provocar inseguridad o vergüenza, como cambios en los genitales, la aparición de estrías, hiperpigmentaciones, arañas vasculares, celulitis y aumento de peso, los cuales pueden influir en la autopercepción y la salud mental de la madre.

## 2.2. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Aproximadamente una de cada cinco mujeres experimenta un trastorno mental durante el embarazo o en el primer año después del parto, siendo la depresión el trastorno más común. Este periodo de la vida de una mujer es especialmente vulnerable debido a los numerosos cambios biológicos, hormonales, psicológicos, familiares y sociales asociados con el parto.

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la depresión afecta entre el 14-23% de las mujeres durante el embarazo y entre el 5-25% después del parto. Estudios de Rafferty, J [74] muestran tasas de prevalencia de depresión perinatal del 15-20% en Estados Unidos y Mu, T. Y [75] nos mostró prevalencia del 17-25% en China. Nisar, A., Yin, J., Waqas [76], estudió en China una prevalencia de 16.3%, con un 19.7% de depresión antenatal y un 14.8% de depresión posparto, observándose un aumento en la última década.

En Japón, Tokumitsu, K, [77] nos habla sobre la depresión durante el embarazo aumentó conforme se acercaba la fecha de parto, disminuyendo después del nacimiento. La prevalencia fue mayor en madres primerizas que en aquellas con más hijos. En Italia, un estudio de Cena, L. [78] encontró que las mujeres con un estatus socioeconómico más alto tienen significativamente menos probabilidades de desarrollar depresión prenatal y posparto.

En específico, en España, la incidencia de síntomas depresivos durante el embarazo varía entre un 14-15% y un 23,4%, y durante el periodo postparto entre un 21,7% y un 30,3%. La incidencia de depresión mayor es aproximadamente de un 4-5% durante el embarazo y entre un 7,7% y un 14,8% después del parto. A pesar de la importancia de la intervención psicológica en el tratamiento de la depresión perinatal y de que existen tratamientos psicológicos probadamente efectivos, solo entre un 10-15% de las mujeres acceden a estos recursos. [12]

Por todos estos datos estadísticos la depresión posparto constituye un importante problema de salud pública a nivel global y nacional.

Por ello, enfermería tiene un papel muy importante en el análisis y detección de los factores de riesgos para intervenir lo antes posible, mejorando así la salud de la madre y el bienestar de los hijos y familiares.

### 2.3. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades durante el embarazo son diversos y abarcan aspectos sociales, emocionales y de salud.

Un factor importante es el **gradiente social** en la salud mental donde el papel de la mujer en el hogar y la sociedad puede afectar su salud emocional durante el embarazo [7]. Aquellas que se ocupan del cuidado del hogar y los hijos pueden experimentar una carga adicional, lo que las hace más vulnerables al estrés y al aislamiento social. La falta de información, educación y apoyo social también puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas y la prevalencia significativamente [15, 22]. Factores culturales y sociales pueden dificultar la identificación y búsqueda de ayuda para la depresión postparto. Algunas mujeres pueden no buscar asistencia debido a actitudes culturales arraigadas [36] que minimizan la importancia del cuidado de la salud mental durante el embarazo. Cheryl señala en su teoría [50], que la DPP puede derivar en aislamiento social, por lo tanto, una sólida red de apoyo social puede funcionar como factor protector.

Otro factor de riesgo es la **salud mental** de las mujeres, Miguez MC y el resto de los investigadores [15] redactan en su estudio que aspectos como la salud mental propia, los sentimientos de culpabilidad, la baja autoestima y los eventos estresantes pueden contribuir al riesgo de experimentar trastornos emocionales durante el embarazo, lo cual coincide con algunos de los síntomas que define Tatano en las tres primeras etapas de su postulado [49].

En el DSM-V se deduce que las mujeres con **episodios de depresión mayor** en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Se ha demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto [13]. Se ajusta a los postulados de Cheryl [49] que explican que factores estresantes sumados pueden desarrollar un trastorno psiquiátrico.

La presencia de **patologías** durante el embarazo, como la diabetes gestacional, puede complicar el proceso y aumentar el riesgo de problemas de salud mental como bien manifiesta Souza Torres de Araújo KM et al. [16] y demás autores.

#### 2.3.1. FACTORES PROTECTORES

En el estudio de Pan, W. L et al. [63] se menciona la eficacia de **prevenir el estrés** para la prevención de la DPP. Las conclusiones de estos estudios mostraron que los programas de intervención redujeron efectivamente el estrés y la depresión auto percibidos en el posparto. La enseñanza y práctica de la meditación de atención plena y la educación para padres

durante la gestación puede también ayudar a reducir el estrés y la depresión en las mujeres embarazadas.

Lewis, B. A et al. [64] concluye que las intervenciones con **ejercicio** pueden tener un efecto protector sobre el estrés percibido entre las mujeres con riesgo de depresión posparto.

La relación con el recién nacido también es un factor importante, y se ha destacado que la **lactancia materna** puede ayudar a prevenirla [18].

La **planificación del embarazo** y la relación con la pareja y la familia también, pueden influir en el bienestar emocional de la madre gestante según un estudio liderado por Andrea Vallecampo [38].

En resumen, la comprensión de los factores de riesgo asociados con los trastornos emocionales durante el embarazo es fundamental para identificar y abordar adecuadamente las necesidades de las mujeres gestantes y promover su bienestar emocional durante esta etapa crucial de la vida.

#### **2.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

Los indicadores de la Depresión Posparto abarcan una variedad de síntomas que relacionaremos con la Teoría de la depresión posparto de Cheryl Tatano, sobre todo con las primeras dos etapas [50].

Dentro de la Etapa “Encontrando el Terror” encontramos los síntomas: agitación e irritabilidad; cambios en el apetito; dificultad para concentrarse; falta de energía; dificultad para llevar a cabo las tareas diarias en el hogar o en el trabajo lo apodado por Cheryl como “telaraña mental”; ansiedad significativa; sensación de inutilidad o culpa y problemas para conciliar el sueño.

En la Etapa “Muerte de mi misma” estarían el aislamiento emocional o desconexión; pérdida de interés o placer en actividades previamente disfrutadas, pensamientos relacionados con la muerte o el suicidio. Además, las personas afectadas pueden tener dificultades para cuidar de sí mismas o de su bebé, miedo a estar solas con él, sentimientos negativos y pensamientos de causarle daño, preocupaciones extremas o falta de interés por el bienestar del bebé [10].

El Hospital Clinic de Barcelona [48] describe los mismos síntomas que Tatano en su teoría. Refiere que los síntomas pueden incluir una variedad de manifestaciones emocionales y físicas. En cuanto al estado de ánimo, es común experimentar sentimientos persistentes de

tristeza, desesperanza y pensamientos de morir o desaparecer. Las personas afectadas pueden notar una disminución significativa del interés y placer en actividades diarias, junto con dificultades para disfrutar del tiempo con su bebé, aunque algunas encuentran alivio solo al estar con él.

Los problemas de alimentación son frecuentes, ya sea a través de una pérdida de apetito y peso, o mediante un aumento del apetito acompañado de ansiedad por la comida y ganancia de peso. Las alteraciones del sueño también son típicas, manifestándose como insomnio no relacionado con los despertares del bebé o hipersomnia durante el día.

La depresión postparto a menudo incluye una sensación constante de cansancio y falta de energía. La ansiedad y la inquietud son otros síntomas comunes, con un miedo persistente y preocupación excesiva por la salud del bebé. Estos sentimientos se ven acompañados de una baja autoestima, reflejada en pensamientos de culpa e inutilidad en relación con las capacidades maternas.

Los problemas de concentración se manifiestan como una dificultad para pensar y tomar decisiones, especialmente en lo que respecta al cuidado del bebé. Además, pueden surgir dificultades para vincularse emocionalmente con el recién nacido, llevando a una falta de conexión y una preferencia por que otros se encarguen de su cuidado.

## **2.5. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

Sharp DJ et al. [40] afirman que el tratamiento farmacológico es más eficaz que las intervenciones no farmacológicas. No obstante, mientras que la medicación sirve para revertir la sintomatología puramente clínica, hay intervenciones psicosociales y psicológicas que también pueden crear un gran avance en la situación como indica CL, Dennis et al [41].

### **2.5.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Existe tratamiento farmacológico para la depresión postparto. Los medicamentos comúnmente conocidos como antidepresivos actúan a través del bloqueo de la recaptación de neurotransmisores como serotonina, dopamina y norepinefrina, explica Angelina Dois [44]. El uso de estos medicamentos no involucra un riesgo para aquellos bebés alimentados con leche materna según indican varios estudios [42, 43].

El Hospital Clinic de Barcelona [45] explica que los **inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina** o ISRS son las primeras opciones, en concreto, sertralina y paroxetina. Estos son totalmente compatibles con la lactancia materna. En segunda línea de tratamiento podremos ver los **antidepresivos tricíclicos** ya que se asocian a sedación excesiva y efectos anticolinérgicos. Por otro lado, la agencia estadounidense reguladora del medicamento (FDA) [19] relata que existen dos medicamentos indicados específicamente para la depresión postparto, la brexanolona y la zuranolona.

El tratamiento con **sertralina** se suele iniciar con 50mg al día llegando a una dosis máxima de 200mg al día. El tratamiento debe durar al menos seis meses para evitar la reaparición de síntomas. En pacientes con alto riesgo de suicidio se debe mantener una vigilancia ya que el tratamiento con sertralina empieza a ser efectivo de la primera semana hasta el mes. De entre los efectos adversos más notables están la ansiedad, el insomnio y la disfunción sexual [33].

La dosis de **paroxetina** recomendada suele ser de 20mg al día. Las pacientes deberían notar mejoría entre la primera y la segunda semana. La dosis administrada se revisa y puede aumentar a 50mg diarios como máximo. La duración del tratamiento suele ser mínimo de seis meses, para asegurar la desaparición de los síntomas depresivos. Es importante no consumir alcohol durante el tratamiento. Es un fármaco compatible con la lactancia materna. De entre los efectos adversos están la disminución del apetito, somnolencia e insomnio, sueños anormales y disfunción sexual, entre otros [33].

La **zuranolona** derivado de la progesterona es también conocido como *Zurzuvae*, fue aprobado en 2023. Tiene algunos efectos secundarios como la somnolencia, mareos, diarrea, fatiga, resfriado común e infección del tracto urinario. Es un fármaco teratogénico. El tratamiento consiste en tomar una dosis diaria de 50mg durante catorce días, preferiblemente con comidas grasas [20]. La Agencia Europea del Medicamento todavía no ha aprobado este medicamento.

La **brexanolona** es la alopregnalona que se administra en forma endovenosa. Se caracteriza por hacer efecto en un periodo de 48-60 horas de la administración y es necesario la hospitalización de la paciente. Este medicamento no se ha aprobado todavía en España [45].

## 2.5.2. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En otras líneas de tratamiento, se contempla el **tratamiento psicológico** [45]. Existen varias modalidades terapéuticas con eficacia demostrada, la terapia conductual (TCC) y la interpersonal. De estas, la más usada es la terapia cognitiva conductual.

Existen meta análisis actualizados sobre la depresión postparto que afirman que las terapias psicológicas pueden mejorar la relación madre-hijo especialmente las intervenciones grupales, visitas en domicilio y las intervenciones psicológicas individuales [32].

La intención de estas terapias es abordar la problemática presente de la madre. Para ello se marcan varios objetivos:

- Aumentar el tiempo que se dedican a ellas mismas, las actividades sociales y de autocuidado.
- Regular los momentos de estrés con técnicas de relajación y regulación emocional.
- Practicar el asertividad, con tal de defender tus ideales y respetar los de los demás.
- Identificar los pensamientos negativos respecto a una misma.

El **Mindfulness** es una técnica de meditación que se está usando en las gestantes obteniendo buenos resultados. Por ejemplo, Pan, W. L et al [63] hizo una investigación poniendo en práctica esta técnica mediante clases teóricas y prácticas durante ocho semanas. Estas incluían atención plena, educación para los padres futuros y técnicas de reducción de estrés. Las intervenciones redujeron el estrés y la depresión autopercebida en el grupo intervenido.

También se contempla la **terapia interpersonal**, que consiste en evaluar cuatro áreas de la madre: conflictos interpersonales con la familia, pareja o laborales; la transición de rol, es decir, los cambios personales que implica la nueva situación; el duelo y las carencias interpersonales.

Por último, el Hospital de Día Madre-Bebe en el Clínic considera el uso de la **Terapia Electroconvulsiva** (TEC) [45] en casos de depresión grave con signos de apatía, riesgo vital, aflicción, síntomas psicóticos o a quienes no les hace efecto el tratamiento farmacológico.

## 2.6. TEORÍA SOBRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO DE CHERYL TATANO BECK

La presente revisión bibliográfica se sustenta de la Teoría sobre la depresión postparto, escrita por la doctorada en Ciencias de la Enfermería en la Universidad de Boston en 1982, Cheryl Tatano Beck [50]. Beck ha recibido alrededor de 30 premios que incluyen Investigador Distinguido del Año en la Eastern Nursing Research Society en 1999. Además, forma parte de la American Academy of Nursing desde 1993.

Comprender la depresión y los trastornos postparto han sido el objetivo de esta licenciada. Su intención es crear estrategias de prevención, conseguir una detección precoz con programas de detección sistemática y estrategias terapéuticas adecuadas para evitar los daños que estas enfermedades crean a la mujer y sus allegados como bien se aprecia en uno de sus metaanálisis [21].

Con el fin de cumplir sus objetivos, esta mujer autora y divulgadora, relató más de un centenar de artículos de revistas siendo presentados desde local a internacionalmente. Ha llevado a cabo siete estudios dirigidos a estudiantes de enfermería sobre la formación y cuidados. Su sed de investigación desembocó en el periodo postparto y los trastornos del ánimo tras el parto.

Muchos de los estudios de Beck fueron cualitativos, para ello se inspiró en el abordaje de Colaizzi (1978); Glaser y Strauss (1967) y Hutchinson (1986). Esta mujer era comadrona y es por lo que establecía relaciones cercanas con las mujeres gestantes.

Previo a escribir la teoría que nos atiende, redactó una teoría llamada “estar al límite” y más otros catorce estudios realizados, inspeccionando las interacciones de la diada madre con depresión postparto-hijo; el pánico postparto y el estrés postraumático le sirvió para establecer diferencias entre los posibles trastornos posteriores al parto.

Finalmente, Tatano crea la Teoría de la depresión postparto en la que incluye cuatro **esferas dependientes** [46]:

- La **persona** comprendida como un todo (biológica, sociológica y psicológicamente).
- El **cuidado o enfermería**, “profesión con la obligación de cuidar”. A la hora de conseguir objetivos de salud y formar parte de un todo se les considera imprescindibles.
- La salud tanto física como emocional, fluctuante según la respuesta de la persona al entorno.

- El entorno como término amplio. Se incluyen aquí factores personales frente a colectivos (cultura, acontecimientos, aspectos físicos, situaciones sociopolíticas y ecosistemas). Además, remarca que las mujeres son cuidadas bajo un modelo médico basado en una ideología patriarcal en su periodo fértil.

Esta teoría se divide en cuatro etapas que describen en las que se aúnan predictores, factores de riesgo y síntomas:

### **ETAPAS DE LA TEORÍA DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO:**

#### ETAPA 1: “Encontrando el terror”

Esta metáfora refleja la imposibilidad de escape que siente la mujer. Puede ocurrir desde las primeras semanas a los seis meses posteriores. En esta etapa la mujer puede tener ataques de ansiedad y la sensación de que no pueden apagar su mente, lo cual desemboca en una telaraña mental y agotamiento físico provocando respuestas involuntarias.

#### ETAPA 2: “Muerte de mi misma”

La mamá siente que ha perdido su esencia y se convierte en un robot puesto que pierde la emoción por las actividades que le gustaban. A su vez, se va aislando de sus allegados debido a la pérdida de interés. En esta etapa pueden aparecer los pensamientos de autodestrucción.

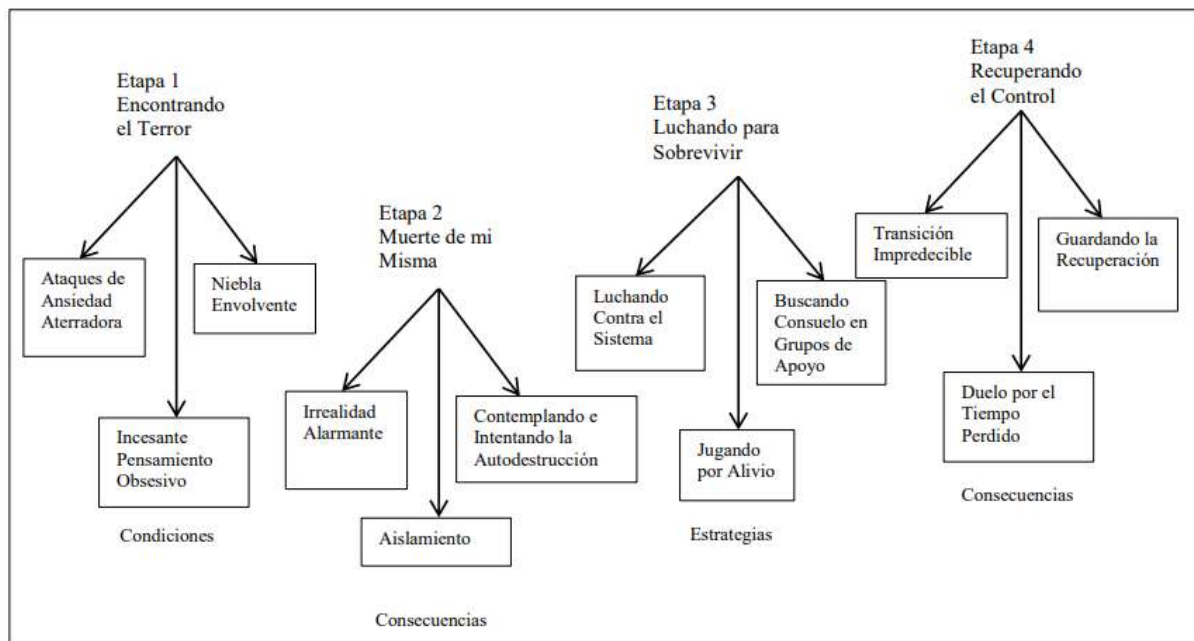
#### ETAPA 3: “Luchando para sobrevivir”

En este punto el deseo de la mujer se centra en avanzar, aunque pueden tener la sensación de luchar contra el sistema. A menudo, las mujeres se enfrentan a la humillación, decepción, ira o frustración a la hora de buscar el tratamiento. Esto ocurre porque no se sienten respaldadas por su entorno social.

#### ETAPA 4: “Recuperando el control”

Esta es la etapa final experimentada en la DPP. En este punto la madre recupera el control paulatinamente. Pueden aparecer momentos de luto por la sensación de haber perdido el tiempo en relación con el bebe.

Ilustración 1. Etapas de la depresión postparto según Cheryl Tatano Beck (Beck y Driscoll, 2006)



Cheryl Tatano trata de encontrar los máximos predictores de la DPP y para ello ha realizado 14 estudios y múltiples metaanálisis resumiendo su teoría en cinco postulados [49]:

- El cerebro puede adaptarse bioquímicamente a situaciones de estrés por acontecimientos externos o internos.
- Si los acontecimientos estresantes perduran en el tiempo pueden crear una alteración biológica en el cerebro. Si al primer acontecimiento estresante se van sumando otros acontecimientos estresantes, es posible que la alteración se cronifique provocando un trastorno grave del ánimo o trastorno psiquiátrico.
- El cerebro de las mujeres tiende a alterar su química hormonal en situaciones de tensión lo que conlleva una predisposición a padecer trastornos psiquiátricos en momentos sensibles de sus vidas, como lo es el postparto.
- La depresión postparto es una suma de estresantes biopsicosociales y relacionales, económicos y situacionales.
- Como todos los trastornos, la depresión postparto no tiene una única clínica, sino que los síntomas pueden variar según la madre que los padezca.

La intención de esta licenciada es prevenir la DPP y si está instaurada determinar cuáles son las intervenciones clínicas necesarias para revertirla. Así como diferenciar este trastorno de

otros como la psicosis postparto o el *maternity blues* que las mamás también pueden sufrir en esta etapa [50].

## 2.7. HISTORIA

A continuación, entraremos en detalle sobre la historia relacionada con la gestación y las emociones, de la mano de Erin Blakemore [35]. El antiguo médico griego Soranus de Éfeso, reconocido por su tratado sobre ginecología del siglo I d.C., mencionó que las mujeres podrían experimentar diversas emociones y comportamientos adversos después del parto, como la irritabilidad y la tristeza, e incluso manifestar riesgos para sus hijos. Hipócrates también describió a las mujeres como "biliosas", sugiriendo que los desequilibrios en los fluidos corporales podrían influir en su salud mental postparto. Esta concepción se mantuvo durante siglos, reflejada en la medicina humoral, que persistió hasta la Revolución Industrial y creía en los desequilibrios de sangre, flema y bilis como causa de enfermedades físicas y mentales.

Antes de la profesionalización de la medicina, el cuidado obstétrico solía estar a cargo de mujeres, como comadronas y familiares, y aunque se apoyaban mutuamente con medicina popular para enfrentar la depresión postparto, raramente se compartían relatos sobre esta experiencia. Sin embargo, a mediados del siglo XIX, la medicina occidental se profesionalizó, y los médicos varones reemplazaron a las comadronas en el cuidado de la salud mental postparto. Simultáneamente, la psicología comenzó a abordar de manera más consciente los problemas psicológicos de las mujeres, aunque comúnmente se etiquetaban bajo el término "histeria".

Uno de los tratamientos más controvertidos de la época fue la "cura de reposo", promovida por el neurólogo Silas Weir Mitchell, que implicaba la cura, intencionadamente punitiva, exigía semanas de reposo en cama sin poder realizar ninguna actividad, ni siquiera leer o coser. Se aislaba a las pacientes de amigos y familiares y se les prescribió una dieta pesada. Mitchell nos explica:

*"Estar en cama la mitad del día, coser y leer un poco, y ser interesante y despertar simpatía, está muy bien, pero cuando [a las mujeres] se les pide que permanezcan en cama durante un mes, y que no lean, escriban ni cosan, y que tengan una enfermera, que no sea un pariente, entonces el descanso se convierte para algunas mujeres en una medicina bastante amarga, y aceptan de buen grado la orden de levantarse y salir".*

Charlotte Perkins Gilman, paciente y crítica de Mitchell, escribió sobre su experiencia en su relato de 1892 "*The Yellow Wall-Paper*", destacando la severidad y el carácter punitivo de este tratamiento.

En el siglo XX, los debates sobre la naturaleza y tratamiento de la depresión postparto continuaron, con algunas teorías que sugerían que el parto exacerbaba enfermedades mentales preexistentes, mientras que otros consideran factores como los desequilibrios hormonales [35]. En cambio, autoras como Adrienne Rich [1] siguen defendiendo a la parturienta junto al lema "Nos daremos cuenta de que pocas experiencias humanas están más reglamentadas en leyes no escritas que la maternidad" a esto lo apoda como "institucionalización de la maternidad".

En la actualidad, la depresión postparto se reconoce como una afección grave que afecta tanto el comportamiento como la salud física de la mujer, y está influenciada por diversos factores, y es reconocida como una afección seria incluida en el DSM-V.

### **2.7.1. REFLEXIÓN ÉTICA**

En el ámbito de la enfermería, es esencial seguir una serie de pautas éticas para garantizar una intervención adecuada en los individuos, respetando los principios bioéticos fundamentales de nuestra profesión. Se conocen cómo los principios de Beauchamp y Childress: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. [39]

El principio de autonomía implica reconocer la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su cuidado y participar en su proceso de recuperación, lo que contribuye a fortalecer su autoestima, confianza y favorecer su recuperación. Es fundamental que aquellos que forman parte de un programa de detección o intervenciones preventivas, tal como se evidencia en las investigaciones, estén debidamente informados para tener la libertad de decidir si desean enfrentarse a los posibles efectos adversos. Se recomienda ofrecer una cantidad adecuada de información para garantizar decisiones conscientes. Asimismo, promover el autocuidado puede dar mayor autonomía a las madres.

La ética de no dañar, conocida como no-maleficencia, es esencial en la salud para no causar daño intencional a los demás, lo cual es fundamental para prevenir complicaciones tanto en la madre como en el hijo durante el proceso de atención.

Por otro lado, el principio de beneficencia está estrechamente vinculado con el anterior, ya que busca promover el bienestar de nuestros pacientes. Esto implica adoptar un enfoque holístico que considere aspectos biopsicosociales y adapte la intervención a las necesidades individuales de cada persona para garantizar su bienestar.

Estos dos conceptos, se relacionan con los principales supuestos de persona, cuidado, entorno y salud la teoría de Tatano [46] donde tiene una visión holística de cada mujer y no solo se centra en los factores individuales sino el mundo exterior de cada persona. De esta manera, garantiza una atención de calidad y especializada.

Finalmente, el principio de justicia demanda proporcionar atención sanitaria equitativa a todos los individuos, independientemente de su origen étnico, nivel económico o social. Además, este principio exige una distribución justa de los recursos sociales, especialmente para aquellas mujeres que se encuentran en situaciones de riesgo social. En el estudio Marcos-Nájera R [60] nos habla que, por diversos factores de riesgo, la prevalencia en España de DPP en mujeres inmigrantes es mayor que en mujeres autóctonas. Una atención justa y equitativa sería hacer programas específicos dirigidos a personas más vulnerables, con menos recursos y mayor prevalencia, como por ejemplo el estudio de Dodge KA [65] donde la enfermera evalúa las necesidades de la familia y mantiene conexiones con recursos comunitarios para satisfacer las necesidades específicas de la familia. En el estudio un (46,3%) pertenecían a grupos minoritarios raciales o étnicos.

## **2.8. ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO**

### **2.8.1. ESTRATEGIAS GLOBALES PARA LA SALUD MENTAL MATERNA POSTPARTO: UN ENFOQUE INTEGRAL**

En el ámbito internacional, diversas entidades, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), han diseñado estrategias a nivel global con el propósito de mejorar la salud materna y mental en todo el mundo. Estas iniciativas están orientadas hacia la prevención y el manejo de condiciones relacionadas con la salud física, social y mental tanto durante el periodo de embarazo como después del parto.

Durante la 65.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012 [23], se aprobó un Plan de Acción Integral sobre Salud Mental que abarca una amplia gama de servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. Este plan, en vigor hasta el año 2030, está estrechamente vinculado con otras estrategias globales avaladas por la Asamblea de la Salud, y se enfoca específicamente en los programas de salud materna dentro de su marco de actuación.

La OMS enfatiza que todas las mujeres, sin importar su origen o ubicación geográfica, tienen derecho a disfrutar de una salud equitativa. Esta entidad señala que aproximadamente una de cada cinco mujeres experimenta cambios en su salud mental durante el embarazo y/o el primer año después del parto. Para abordar estas necesidades, la OMS ha creado el programa "Thinking Healthy", dirigido a los profesionales de la salud en atención primaria.

El manual "Thinking Healthy" [25] se basa en técnicas conductuales respaldadas por evidencia, recomendadas por el programa mhGAP. Este enfoque, conocido como "low intensity", implica intervenciones menos costosas y se centra en la Terapia Cognitivo-Conductual para romper la asociación entre pensamientos negativos y comportamientos perjudiciales. El programa se divide en cuatro módulos adaptados a diferentes etapas del embarazo y el posparto, abordando aspectos como la salud personal de la madre, su relación con el bebé y su entorno.

La guía mhGAP-IG proporciona recomendaciones específicas para los profesionales de la salud que implementan el programa, como evitar el uso de medicación antidepresiva y centrarse en intervenciones psicosociales, así como priorizar la empatía y la comunicación. Además, se enfatiza la importancia de promover actividades complementarias dentro de la rutina de la madre, y aprovechar su red social como un recurso fundamental para su bienestar emocional y físico.

### **2.8.2. CRIBADO DEPRESIÓN POST PARTO**

El hecho que la atención médica en las instituciones de salud sea protocolizada, lo hace deshumanizado, esto puede generar en la paciente futuras afectaciones no solo de carácter físico sino también emocionales. Por tanto, una buena intervención siempre contribuye a validar los derechos y brindar una atención con perspectiva de género sin eludir los aspectos subjetivos de las gestantes. De esta manera, promovemos la visión del paradigma bio-psico-sociocultural.

Este modelo necesita, por parte de los profesionales de la salud, un amplio conocimiento de fisiología del parto y entrenamiento en el trato con personas que tienen historias personales que las definen, siendo conscientes del poder que tienen sus actos, palabras y miradas en un momento tan crucial y de tanta vulnerabilidad para las parturientas, y haciendo uso ético de este poder [37].

### 2.8.2.1. CRIBADO EN ESPAÑA

En España, la más reciente guía de práctica clínica para la atención durante el embarazo y el período posparto, publicada por el Ministerio de Sanidad en 2014 [14], aún está pendiente de actualización. Dentro de esta guía, se sugiere realizar un primer cribado utilizando dos preguntas recomendadas por el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) para identificar a mujeres con riesgo de depresión posparto. Sin embargo, se señala que la calidad de este cribado es baja en comparación con la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) (*Ver Ilustración 4.*), que es una de las herramientas más utilizadas para este propósito.

Asimismo, la guía menciona intervenciones de prevención y su efectividad, pero se destaca que la calidad de la evidencia disponible es baja o muy baja.

### 2.8.2.2. CRIBADO EN CATALUÑA

En la región de Cataluña se encuentra en vigencia el *Protocol de seguiment de l'embaràs (PROSAG)* [24], actualizado en el año 2018, el cual se enfoca en la evaluación de la salud mental durante el embarazo y el posparto. Durante la primera consulta, que se realiza entre las semanas 6 y 10 de gestación, es esencial realizar una evaluación exhaustiva de la historia clínica de la mujer para identificar posibles factores de riesgo o problemas emocionales y psicológicos. Para ello, se emplea la guía clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del año 2014.

En la segunda visita (*Ver Ilustración 5.*), programada entre las semanas 12 y 14 de gestación, se busca detectar síntomas de depresión o ansiedad mediante el uso del cuestionario de Whooley (NICE 2014). En caso de obtener una respuesta negativa, se repetirá el cribado durante las semanas 29-30 de gestación. En situaciones donde el resultado continúa siendo negativo, no se llevará a cabo ningún otro cribado hasta la semana 6 después del parto, cuando se aplicará la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

No obstante, si en el cribado realizado entre las semanas 12-14 de gestación se detecta un resultado positivo, se aconseja completar el EPDS. Si la puntuación obtenida en el EPDS es menor a 13 o si el ítem 10 es 0, se volverá a realizar el cribado de depresión y ansiedad en las semanas 29-30 utilizando las cuatro preguntas del cuestionario de Whooley (*Ver Ilustración 2.*). En caso de responder afirmativamente a alguna de las preguntas, se realizará una pregunta adicional: "¿Has sentido que necesitabas ayuda en estas situaciones?".

Si la puntuación obtenida en el EPDS es igual o superior a 13 o si el ítem 10 es positivo, se requerirá la derivación a un especialista para una evaluación diagnóstica. Durante la tercera visita, programada entre las semanas 29 y 30 de gestación, se repetirá la intervención realizada en la segunda visita siguiendo el procedimiento establecido.

Después del parto, durante la visita de revisión, se utilizaría la EPDS. Además, se sugiere realizar una revisión de la historia clínica de la paciente en un plazo de 15 días después del parto, ya sea en una visita domiciliaria o en consulta. Durante esta evaluación, se examinarían los datos del parto y la evolución del período inmediato posparto, se realizaría una evaluación del vínculo emocional entre la madre y su hijo o hija (según Garcia-Esteve L 2016), se valoraría la capacidad de autocuidado y el cuidado del recién nacido, se evaluaría el apoyo brindado a la mujer por parte de su pareja y/o familia, y se analizaría el estado emocional de la mujer después del parto, prestando especial atención a los posibles síntomas depresivos.

### 2.8.2.3. OTRAS ESCALAS

**La escala PHQ-9** (Cuestionario de Salud del Paciente-9) ha surgido como un estándar reconocido en la evaluación de trastornos depresivos. Destacada por su amplio reconocimiento internacional, esta herramienta se ha ganado su prestigio gracias a su capacidad para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos según los criterios del DSM-V, así como su sensibilidad para detectar cambios en la respuesta al tratamiento.

El PHQ-9 se ha diseñado como un instrumento de cribado, con puntos de corte recomendados entre 8 y 11 para identificar casos probables de depresión mayor.

En el ámbito perinatal, el PHQ-9 se utiliza para evaluar la gravedad y la evolución de los síntomas depresivos tanto antes como después del parto. Además, ha sido validado para su uso con poblaciones hispanohablantes, incluidas las mujeres embarazadas en España [57].

**La escala de Identificación de Depresión Posnatal (PDPI-R)**, ha sido señalado cómo primer instrumento de evaluación de los factores de riesgo, ya que abarca los factores más relevantes descritos en la literatura y se utiliza en diversos contextos. La versión prenatal en español del PDPI-R, adaptada por Genovez y Le, consta de 32 ítems agrupados.

Hay estudios como María de la Fe Rodríguez-Muñoz que examina las propiedades psicométricas y la estructura de factores del PDPI-R en una muestra de mujeres en España. Las conclusiones del estudio nos dicen que hay unas buenas propiedades psicométricas en la detección de los factores de riesgo de la depresión durante el primer trimestre [56].

**La Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)** es una escala administrada por un evaluador que consta de 14 ítems diseñados para medir el nivel de ansiedad de un paciente. Se aplica a través de una entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador valora la gravedad de los síntomas. En su versión original, la escala ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas y se utiliza ampliamente en la evaluación clínica de los trastornos de ansiedad<sup>1</sup>. La traducción al español del cuestionario HARS se realizó mediante un proceso de traducción y retrotraducción.

**La Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)** es una escala administrada por un evaluador a través de una entrevista. En su versión original, consta de 21 ítems. Esta escala se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos experimentados durante la semana previa a la entrevista. Las propiedades psicométricas de la versión en español han sido evaluadas en varios estudios.[73]

## 2.9. ¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LAS TICS A LA DPP?

En la era actual, marcada por el avance tecnológico, las Tecnologías de la Información y la Comunicación han transformado radicalmente nuestro estilo de vida, la forma en que trabajamos y cómo interactuamos con el entorno. El Instituto Nacional de Estadística reveló en 2019 [47] que el 95,6% de la población ha usado dispositivos móviles para acceder a internet fuera de sus hogares, predominando el uso de smartphones, seguidos por laptops y tabletas. Esta amplia difusión de dispositivos móviles, por su facilidad de uso y portabilidad, abre la pregunta sobre cómo podemos utilizar estas tecnologías para fomentar un mejor cuidado de nuestra salud.

El gobierno de España, reconociendo la rápida adopción de las TIC, ha lanzado una estrategia de salud digital con el objetivo de “capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud y facilitar su relación con el sistema”

El estudio de Linardon, J y el resto de los autores [26] señala que las aplicaciones móviles de salud (mHealth) tienen un potencial significativo, dado su uso frecuente y su capacidad para mejorar y mantener la salud. Sin embargo, el metanálisis “The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems” explican una tasa de abandono del 43% pero existen áreas para minimizar el desgaste. Reducir las tasas de abandono ayudará a que estas aplicaciones sean más efectivas [27].

La Comisión Europea, a través de su Plan de Acción sobre la Salud Electrónica 2012-2020 [28], destaca cómo la innovación tecnológica en el ámbito sanitario ofrece una atención más

personalizada, efectiva y centrada en el paciente, promoviendo la igualdad, mejorando la calidad de vida y potenciando la autonomía del paciente. Este enfoque ha demostrado su eficacia en áreas como la telemedicina para enfermedades crónicas, la salud mental y la promoción de hábitos saludables, beneficiando tanto a pacientes como a profesionales y sistemas de salud.

Según el informe móvil en España y en el mundo 2017 [30], España lidera la penetración de dispositivos móviles a nivel mundial con un 88% de usuarios activos y un promedio de 17,8 aplicaciones instaladas por smartphone. Esto subraya la oportunidad de aprovechar estas herramientas para intervenciones en salud, como muestra una revisión sistemática sobre la eficacia de mHealth en el tratamiento de la depresión posparto, indicando que, a pesar de la necesidad de más estudios de alta calidad, estas intervenciones representan un complemento prometedor a la atención estándar.

Un ejemplo específico es la aplicación "Mamás y Bebés Saludables", orientada a la prevención de la depresión posparto mediante psicoeducación. Financiada mediante crowdfunding y desarrollada en español, esta herramienta busca abordar aspectos médicos, psicológicos y prácticos del embarazo, ofreciendo una plataforma accesible y gratuita para mejorar la calidad de vida de las gestantes. Sin embargo, un estudio efectuado por Rodríguez-Muñoz y demás investigadores [31] pone en evidencia una alta tasa de abandono, lo que coincide con otros estudios y resalta la importancia de la facilidad de uso y la interacción motivacional para fomentar el uso continuado de estas aplicaciones [29]. Se ha identificado que la navegación sin esfuerzo y la facilidad de uso son factores críticos que influyen en la intención de uso. Por lo tanto, simplificar el proceso de acceso a la aplicación podría ayudar a aumentar las descargas y la participación. Así mismo, los recordatorios periódicos y los mensajes motivadores pueden mantener a los usuarios interesados, especialmente en las primeras etapas del uso de la aplicación

### **3. METODOLOGÍA**

Con tal de responder a nuestra pregunta de investigación hemos utilizado la estrategia PICO para formular preguntas clínicas estructuradas.

La P describe el grupo de pacientes o la población de interés que se estudiará. En este caso: Mujeres gestantes españolas con o sin factores de riesgo de padecer depresión postparto.

La I será la intervención para investigar. En este caso: Intervención enfermera mayoritariamente preventiva ante la DPP.

La C es la alternativa u opción que se comparará. Nosotras no contemplamos otra alternativa. Por tanto, las siglas PICO se reducirán a PIO.

La O se basa en los resultados que queremos obtener tras hacer la revisión bibliográfica. En este caso: Analizar la prevalencia y discutir la incidencia de la DPP; conocer los factores de riesgo y las posibles intervenciones de prevención y abordaje de parte de las enfermeras españolas.

Para conocer la depresión postparto y el abordaje preventivo de esta, se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura. Es decir, se seleccionaron estudios primarios, actuales y pertinentes.

Para ello se estableció un periodo de búsqueda íntegra de la literatura. La búsqueda comprendió desde mediados de diciembre hasta mediados de abril. El periodo de años que engloban los artículos es de 2017 a 2024. Los idiomas de los estudios han sido el español, inglés y portugués encontrados en las bases de datos Pubmed, Google Academy, Cinahl, Scopus, Scielo y Dialnet.

#### **3.1. TERMINOLOGÍA UTILIZADA**

Para lograr resultados coherentes con nuestra investigación en enfermería, se implementó una terminología específica. Se combinó el uso de un lenguaje controlado, empleando términos extraídos de los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y los encabezados de temas médicos (MeSH). Por otra parte, usamos un lenguaje más libre, que resultó necesario para obtener resultados específicos que no podían alcanzarse mediante el uso exclusivo del lenguaje controlado. (*Ver Tabla 1.*)

### 3.2. CRITERIOS DE LA SELECCIÓN

Los artículos siguieron unos criterios previamente establecidos y comunes para todas las bases de datos consultadas:

- Criterios de inclusión:
  - Aquellos que nombran factores de riesgo.
  - Los que comentan la intervención de enfermería.
  - Los que la muestra son mujeres gestantes o en el parto.
- Criterios de exclusión:
  - Estudios que nombran la medicación.
  - Mujeres con patologías no psiquiátricas.
  - Madres de recién nacidos con patologías.
  - Idiomas distintos a castellano, inglés y portugués.
  - Casos únicos.
  - Estudios de revisión bibliográfica o metaanálisis.

### 3.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La estrategia de búsqueda bibliográfica se llevó a cabo mediante la combinación de los términos (Tabla 1) oportunos cotejados, considerándolos palabras clave.

En la búsqueda se usaron operadores booleanos con el fin de hacerlas mas eficientes, los empleados fueron “AND”, “OR” y “NOT”. No se usaron los operadores de truncamiento.

Asimismo, se aplicaron filtros concretos brindados en las bases de datos. Entre ellos, franja de años concreta de 2017 al 2024; geografía Europa (en los que se permitía), “edad adulta” o “edad de 19 a 44 años” (en los que se permitía), eliminamos los artículos duplicados y procedimos a escoger los que mas se aproximaban al tema tratado. Finalmente, tuvimos en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para nuestra revisión sistematizada.

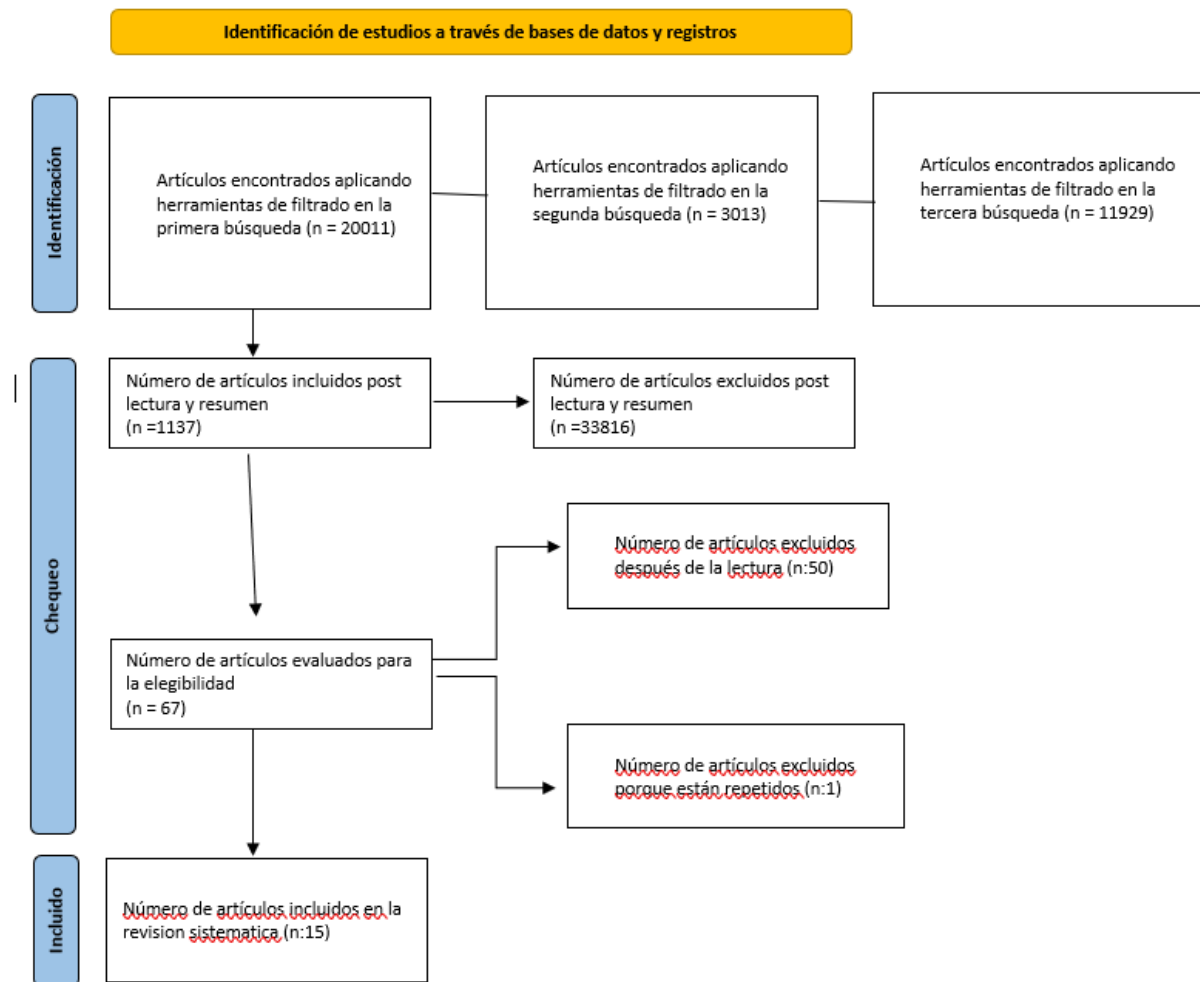
Tabla 1. Resultados de las búsquedas

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Resultado sin filtros aplicados	Resultado con filtros aplicados	Artículos seleccionados tras la lectura completa
CINHAL	“postpartum depression”	8247	202	1
	“nursering intervention AND postpartum depression”	26	5	1
	“risk factors AND postpartum depression NOT medication”	2097	324	1
	(( “m-health” AND “depression, postpartum” AND “nursing”))	3	3	1
Google academy	“Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale”	851	171	1
DIALNET	“postpartum depression”	219	63	2
SCOPUS	((“depression” AND “postpartum” AND “nursing”))	5,815	80	3

	(depression postpartum) AND (screening)	2830	6	0
	(depression postpartum) AND (scales)	6482	9	1
Pubmed	((intervention)AND (postpartum depression))	4876	53	3 (duplicado 1)
	(depression postpartum) AND (screening)	157	74	1
	(Postpartum) OR (depression) AND (technology) AND (nursing)	3,350	147	1

Se obtuvieron un total 34953 estudios de entre 5 bases de datos consultados. Los artículos escogidos para su lectura completa fueron 67, de los cuales seleccionamos 15 para nuestros resultados.

Ilustración 2. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para nuevas revisiones sistemáticas incluyendo búsquedas de sólo bases de datos y registros



De: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

#### 4. RESULTADOS

Tabla 2. Estudios seleccionados para los resultados

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	MUESTRA	RESULTADOS DEL ESTUDIO	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
<b>[58] Prevalencia y factores de riesgo de la depresión postparto y el trastorno de adaptación durante el puerperio: una investigación retrospectiva</b>	Diseño descriptivo, correlacional y trasversal	La intención es obtener y sistematizar los factores de riesgo de la depresión postparto.	Muestra de 73 mujeres entre los 40 y 45 días de postparto, en control de planificación familiar.	Se observó que el 50,7% de la muestra estudiada presentaba Trastorno Depresivo Persistente (TDP). Se identificaron como factores de riesgo prominentes el estado psicológico individual, factores orgánicos individuales y factores familiares.	Es crucial intervenir tempranamente en el tratamiento del Trastorno Depresivo Persistente (TDP) para garantizar una atención efectiva. Considerando los factores de riesgo, podemos detectar y prevenir el desarrollo potencial de la DPP.
<b>[59] Prevalence of postpartum major depression and depressive symptoms in Spanish women.</b>	Estudio longitudinal	Determinar la prevalencia y trayectorias de <i>depresión</i> probable y <i>depresión</i> mayor durante el primer año <i>posparto</i> .	561 mujeres <i>en posparto</i> .	La prevalencia de depresión probable fue mayor a los 2 meses posparto con una trayectoria descendente y la de depresión mayor al año posparto con una trayectoria ascendente.	La importancia clínica de este estudio muestra la alta prevalencia de la depresión durante el primer año después del parto, y cómo esta no solo persiste, sino que incluso se mantiene elevada a lo largo de

					ese período. Estos resultados resaltan la necesidad de priorizar la atención a la salud mental durante al menos el primer año postparto.
<b>[60] Prevalencia y factores de riesgo de depresión prenatal entre mujeres embarazadas inmigrantes y nativas en España</b>		Examinar los factores de riesgo de <i>depresión</i> prenatal entre mujeres embarazadas inmigrantes y autóctonas en España	Un total de 1.524 mujeres	Se observó que la prevalencia de depresión postparto fue más baja en el grupo nativo (15,2%) en contraste con el grupo de inmigrantes (25,8%). Entre los inmigrantes, la condición de ser primeriza, haber experimentado mudanzas y la percepción de falta de apoyo práctico de amigos, así como el apoyo emocional de parejas y familiares, se identificaron como factores de riesgo significativos.	El análisis identificó factores de riesgo que podrían ser utilizados en intervenciones preventivas durante el período prenatal. Es fundamental que las pruebas de detección y las intervenciones para la depresión durante el embarazo consideren el contexto migratorio, con el fin de optimizar la eficacia de la atención sanitaria.
<b>[61] Effects of an evidence-based nursing intervention on</b>	Ensayo controlado aleatorio	Demostrar que las intervenciones basadas en evidencia se traducen en mayor	Muestra de 120 mujeres primíparas, sin	El grado de satisfacción entre las mujeres participantes se distribuyó de la siguiente manera: el 49,1% expresó estar	La enfermería basada en evidencia provoca aumento del apoyo social, reduce la tensión, la ansiedad y el miedo

<p><b>prevention of anxiety and depression in the postpartum period</b></p>		<p>satisfacción del paciente.</p>	<p>eclampsia previa, sin DPP previa.</p>	<p>muy satisfechas; el 24,5% se mostró satisfechas; el 18,9% indicó sentirse poco satisfechas y el 7,5% manifestó no estar satisfechas.</p>	<p>de las mujeres durante el parto.</p>
<p><b>[62] Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial</b></p>	<p>Ensayo controlado aleatorio</p>	<p>Investigar si la intervención cognitivo-conductual podría prevenir la patogénesis de la depresión posparto en mujeres primíparas</p>	<p>Muestra de 843 mujeres primíparas con parto a término, un solo bebé recién nacido sano, sin enfermedades obstétricas, capacidad de comunicación normal y propensión a la DPP.</p>	<p>La proporción de participantes con depresión postparto en el grupo intervenido fue menor (11,5%) que en el grupo control (24,3%) después de las seis semanas de intervención.</p>	<p>La intervención cognitivo conductual en el periodo postparto podría aliviar la ansiedad y la depresión en mujeres primíparas e inhibir la patogénesis de la depresión postparto.</p>
<p><b>[63] Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs</b></p>	<p>Un ensayo de control aleatorio (ECA)</p>	<p>Evaluar la eficacia de un programa de crianza y parto basado en</p>	<p>74 mujeres entre 13 y 28 semanas de gestación asignadas</p>	<p>Se observaron diferencias significativas en el estrés y la depresión en ambos grupos a lo largo del tiempo. Las</p>	<p>La intervención implementada demostró ser eficaz en la reducción del estrés y la depresión autopercebidos en el</p>

<p><b>on mental health during pregnancy and early motherhood</b></p>		<p>mindfulness para mejorar la salud psicológica durante el período posparto.</p>	<p>aleatoriamente en el grupo control o grupo experimental con 35 en el grupo de comparación y 39 en el grupo de intervención en un hospital en el norte de Taiwan.</p>	<p>puntuaciones de depresión fueron significativamente mejores en el grupo de intervención que en el grupo control a los 3 meses.</p>	<p>periodo postparto. Esto sugiere que dicho programa ofrece beneficios satisfactorios y sostenidos a largo plazo para las mujeres durante el embarazo y después del parto. La instrucción y la práctica de la meditación de atención plena, así como la educación para los futuros padres durante el embarazo, pueden contribuir a disminuir el estrés y la depresión en las mujeres embarazadas durante la transición a la maternidad.</p>
<p><b>[64] Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress</b></p>	<p>Un ensayo de control aleatorio</p>	<p>Examinar dos de bajo costo, breves, Intervenciones accesibles diseñadas para prevenir la depresión posparto y el estrés percibido entre mujeres en alto riesgo.</p>	<p>Participantes (n = 450) que tenían un promedio de cuatro semanas de posparto, tenían antecedentes de depresión antes del embarazo y</p>	<p>En términos generales, el 2,4% de los participantes cumplían con los criterios de depresión a los 6 meses, y el 3,6% a los 9 meses, sin diferencias significativas entre los grupos. Seis meses después de la asignación aleatoria, se observó que la mediana de los</p>	<p>La intervención de bienestar demostró ser efectiva en la prevención de los síntomas de depresión. Sin embargo, es notablemente baja la incidencia de depresión posparto que cumplió con los criterios diagnósticos en todas las condiciones de esta muestra de</p>

			<p>hacían ejercicio menos de 60 minutos por semana.</p>	<p>síntomas depresivos fue significativamente menor en los participantes del grupo de bienestar en comparación con los del grupo de atención habitual. Se encontró que el nivel de estrés percibido era menor a los 6 meses entre los participantes que hacían ejercicio en comparación con los que recibieron atención habitual, y entre los participantes de ejercicio en comparación con los del grupo de bienestar.</p>	<p>mujeres posparto en situación de riesgo. Se sugiere que las intervenciones que incluyen ejercicio podrían ejercer un efecto protector sobre el estrés percibido en mujeres con riesgo de depresión posparto. En consecuencia, se plantea la importancia para los profesionales de considerar la integración de intervenciones que combinen ejercicio y bienestar en el periodo posparto.</p>
<p><b>[65] Effect of a Community Agency-Administered Nurse Home Visitation Program on Program Use and</b></p>	<p>Un ensayo de control aleatorio</p>	<p>Probar la implementación y el impacto del programa Family Connects (FC) cuando es administrado por una agencia comunitaria.</p>	<p>936 mujeres en el postparto, asignadas aleatoriamente 480 en el grupo control, 456 en el grupo de intervención</p>	<p>La tasa de ansiedad o depresión materna potencial en el grupo de intervención fue del 18,2%, en contraste con el 25,9% observado en el grupo de control.</p>	<p>Los hallazgos de esta investigación sugieren que un programa de visitas de enfermería para familias con recién nacidos puede ser aplicado por una agencia comunitaria con una alta cobertura y estándares de</p>

<p><b>Maternal and Infant Health Outcomes: A Randomized Clinical Trial</b></p>		<p>Evaluar las necesidades específicas de la familia, completar intervenciones breves y conectar a las familias con los recursos comunitarios</p>			<p>calidad. Otros entornos comunitarios podrían obtener ventajas significativas mediante la adopción extendida de este programa, siempre y cuando se mantenga la solidez de su calidad y se continúe con la evaluación constante de su efectividad.</p>
<p><b>[66] Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial</b></p>	<p>Un ensayo de control aleatorio</p>	<p>Examinar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal para la depresión posparto (DPP) impartida por enfermeras de salud pública con poca o ninguna formación psiquiátrica previa para mejorar la depresión, la preocupación, el</p>	<p>Madres (n = 141) que vivían en Ontario, Canadá, con puntuaciones en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo <math>\geq 10</math> y un bebé <math>&lt; 12</math> meses de edad.</p>	<p>Los participantes del grupo experimental experimentaron reducciones estadísticamente significativas más marcadas en los síntomas de Trastorno Depresivo Posparto (DPP) inmediatamente después del tratamiento. Además, mostraron una mayor probabilidad de manifestar una mejora clínicamente significativa en las puntuaciones del Inventario de Depresión Posparto (EPDS).</p>	<p>Es adecuado capacitar a enfermeras de salud pública que tienen escasa o nula experiencia previa en psiquiatría para proporcionar de manera eficaz terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal para el Trastorno Depresivo Posparto (DPP), con el objetivo de mejorar los niveles de depresión, preocupación y la relación madre-hijo. La delegación de la responsabilidad del tratamiento del DPP mediante TCC grupal a</p>

		apoyo social y la relación madre-hijo.		También se observaron mejoras estadísticamente significativas en la preocupación y en la relación madre-hijo, y estas mejoras se mantuvieron hasta seis meses después del tratamiento.	enfermeras de salud pública podría aumentar la aceptación del tratamiento y resultar en mejores resultados tanto para las madres y sus familias como para el sistema de salud en general.
<b>[67]Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy.</b>	Encuesta trasversal	Investigar la prevalencia de trastornos mentales en las primeras etapas del embarazo y la precisión diagnóstica de las preguntas de las encuestas.	Se incluyeron en el estudio 9963 mujeres con respuesta al cuestionario Whooley anterior.	La EPDS obtuvo mejores resultados que la Whooley en la identificación correcta de la depresión mayor, aunque ambas obtuvieron una alta especificidad.	Este estudio destaca la utilización de las preguntas de Whooley en un entorno profesional-paciente distendido con el fin de identificar un trastorno mental.
<b>[68] Early detection of prenatal depression In</b>	Estudio descriptivo, observacional y transversal.	Estimar la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas y establecer factores	La muestra obtenida fue de 209 mujeres embarazadas en Lugo.	Los hallazgos indicaron que el 19,6% de las mujeres presentaban signos de depresión. Se observó una asociación estadísticamente	La frecuencia de síntomas depresivos fue significativamente alta, lo que subraya la importancia de examinar de cerca los factores

<p><b>pregnant women from Lugo</b></p>		<p>relacionados con su presencia</p>		<p>significativa entre ser primigesta, no planificar el embarazo, haber tenido experiencias negativas durante el embarazo y tener antecedentes personales de problemas de salud mental, y la presencia de estos signos. Además, se encontró que planificar el embarazo se asociaba con una menor probabilidad de experimentar estos síntomas.</p>	<p>que influyen en la presencia y gravedad de estos síntomas. Es crucial promover medidas preventivas, la identificación temprana y el tratamiento integral de la depresión durante el período perinatal.</p>
<p><b>[69]The Spanish version of the Mothers' Postnatal Sense of Security Scale: Psychometric properties and predictive utility</b></p>	<p>Estudio longitudinal prospectivo</p>	<p>Analizar las propiedades psicométricas de una versión en español de la Escala de Sentido de Seguridad Posnatal de las Madres (PPSS-S); analizar los factores relacionados con el</p>	<p>Participaron un total de 928 madres con una edad media de 33,67 años realizado en los primeros 6-11 meses posparto realizado en</p>	<p>Se evidenciaron vínculos directos entre el nivel de seguridad de las mujeres y factores como la experiencia previa de maternidad, la falta de complicaciones de salud después del parto tanto para la madre como para el bebé, y la recepción de información</p>	<p>Los hallazgos respaldaron la fiabilidad y validez de la versión en español de la PPSS-S. La comprensión del sentido de seguridad de las madres durante los primeros meses de la maternidad, junto con los factores asociados en el posparto, facilitará a los profesionales de la salud la</p>

		sentido de seguridad de las madres durante las primeras 2 semanas después del parto (variables sociodemográficas y factores relacionados con la maternidad); y examinar la utilidad predictiva que tiene el sentido de seguridad de las madres sobre los síntomas de depresión posparto 6-11 meses después del parto.	cuatro regiones de España.	coherente por parte de los profesionales médicos.	implementación de estrategias preventivas para fomentar la salud mental y posiblemente reducir los síntomas de la depresión posparto.
<b>[70] Alteraciones prosódicas y comunicativas madre-bebé debido a depresión postparto</b>		El objetivo fue determinar la incidencia de DPP en la producción verbal y las características prosódicas del habla dirigida al bebé (IDS)	La muestra final estuvo conformada por 44 díadas madre-bebé (N=22 sin DPP y N=22 con DPP) con niños y	Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en la cantidad de vocalizaciones de los bebés dependiendo de si sus madres experimentaban DPP o no. Esto sugiere que los bebés de	El resultado principal indica que la DPP provoca que las madres emitan menos vocalizaciones hacia sus bebés. La observación podría explicarse porque los bebés de madres con DPP suelen ser menos activos para

		y las vocalizaciones prelingüísticas durante las primeras interacciones madre-hijo.	niñas entre los 2 y 10 meses de edad	madres con DPP podrían exhibir una menor cantidad de vocalizaciones prelingüísticas en comparación con los bebés cuyas madres no padecen DPP.	iniciar o mantener interacciones, y sus madres tienen menos conductas que demuestren afecto y sensibilidad positiva hacia sus bebés, y a restaurar una interacción interrumpida con ellos.
<b>[71] Depressive symptoms in pregnant women and intimate partner violence: a cross-sectional study.</b>	Estudio piloto transversal	Evaluar la presencia de síntomas depresivos en gestantes y su asociación con la violencia de pareja	Muestra de 65 gestantes que recibieron atención prenatal en la Unidad Básica de Salud de la Universidad Federal de Amapá entre septiembre y octubre de 2018.	El 41,5% de las mujeres embarazadas muestran signos de depresión. Según el análisis de regresión logística, estos síntomas están significativamente asociados con mujeres que experimentan algún tipo de violencia por parte de su pareja.	Durante el embarazo, se observó una alta incidencia de síntomas depresivos, los cuales están vinculados con la presencia de violencia por parte de la pareja.
<b>[72] Nursing Technology-Assisted Postpartum</b>	Ensayo controlado aleatorio	Determinar si una intervención de enfermería electrónica durante	537 mujeres en el postparto, asignadas aleatoriamente	Se detectaron niveles de satisfacción significativamente superiores en ambos grupos de intervención en comparación	Las intervenciones fueron consideradas beneficiosas y de bajo costo. Se requieren medidas de resultados más

<p><b>Support:</b>           <b>A</b> <b>Controlled Trial</b></p>		<p>los primeros 6 meses posparto fue efectiva para mejorar el estado de ánimo y disminuir el estrés.</p>	<p>167 en el grupo control, 181 en el grupo de intervención I y 189 en el grupo de intervención II.</p>	<p>con el grupo de control. Sin embargo, no se observaron cambios significativos en las puntuaciones del EPDS o PSI-SF.</p>	<p>precisas y sensibles para evaluar de manera efectiva la eficacia desde la perspectiva de las enfermeras</p>
---	--	--	---	---	--

## 5. DISCUSIÓN

Los resultados presentados por los diversos estudios analizados en la revisión abordan los objetivos establecidos en esta investigación, ofreciendo datos fundamentados que permiten identificar las intervenciones principales de manera clara y respaldada por evidencia.

No obstante, como Cheryl Tatano ya teorizó en su día [50], tener en cuenta los factores de riesgo que conllevan a esta enfermedad es fundamental. Es importante prestar atención al círculo social del paciente, la relación con la pareja, las ideas preestablecidas en relación con ser mamá, el nivel académico, estado laboral y la cultura.

El diagnóstico de depresión postparto se mantiene vigente hasta los 12 meses, lo que significa que los síntomas pueden no estar presentes en un primer momento y posteriormente sí. Además, no siempre todos los síntomas nombrados en el DSM-V se aprecian en todas las pacientes. Para la identificación de los síntomas es imprescindible que la paciente se exprese abiertamente y, por ello, que tenga buena relación con su red de apoyo o con sus profesionales cercanos. Concretamente, uno de los estudios por Van Lieshout RJ et al. [66] referencia que tras visitas continuadas de la enfermera existen tasas menores de ansiedad y depresión materna en el grupo de intervención (18,2%) frente al grupo control (25,9%).

A continuación, desarrollaremos los resultados según los objetivos propuestos.

Uno de los objetivos de la revisión que nos atiende es conocer los **factores de riesgo** asociados a la depresión postparto.

Ferrari B et al. [58] en su estudio detectó que el **nivel psicológico individual**, es decir, haber tenido patologías de salud mental previas; los **factores individuales orgánicos**, por ejemplo, el consumo de drogas psicotrópicas y otros **factores familiares** desembocaban en una prevalencia de depresión postparto del 50,7%. Por otro lado, se dio cuenta de que asistir a clases prenatales era un factor protector.

En otra línea de investigación, Marcos-Nájera R et al. [60] estudia los factores de riesgo que comparten mujeres **nativas frente inmigrantes**, concordando con Miguez, M. C. [59] los factores de riesgo son psicológicos, biológicos y sociales. No obstante, este estudio remarca un factor importante que aumenta el riesgo de sufrir DPP hasta siete veces, haber tenido depresión prenatal. Confrontando las diferencias entre las nativas y las inmigrantes, las primeras tienen un nivel más alto de educación, mayor edad y son primigestas. En cambio,

las segundas suelen estar en desempleo, sin pareja, tienen menos enfermedades, existe menos consumo de tabaco y más consumo de alcohol y el número de abortos es mayor. El resultado de este estudio es que las nativas tienen una menor prevalencia de depresión postparto y los síntomas son menos graves. Aun así, ambos grupos al final del primer trimestre de gestación afirman estar más cansadas, tener más sueño y cambios en el apetito. Todas las mamás afirman tener menos interés por hacer cosas a lo cual Tatano [49] nombra como “Muerte de sí mismas”. En resumen, los factores que aumentan el riesgo de sufrir DPP son diferentes en cada grupo, en el grupo de las inmigrantes son los factores sociodemográficos, la edad, primiparidad y abortos; en el grupo nativo es el desempleo y en ambos, fumar aumenta el riesgo de depresión postparto. Este último factor concuerda con los factores orgánicos que explica Ferrari B. et al. [58].

Los autores Chaves-Martínez, M. I et al. [68] concuerdan con los anteriores autores sobre los factores de riesgo de la depresión postparto. Ser primigesta, que el embarazo no sea planificado, una vivencia negativa durante el embarazo y antecedentes de salud mental son los factores más frecuentes en mujeres diagnosticadas de depresión postparto.

Anteriormente, Andrea Vallecampo [38] detecta que la **relación con la pareja** es uno de los factores de riesgo para la DPP. Da Silva Lima L et al. [71] dedican su investigación a detectar si hay relación entre la violencia de la pareja y los síntomas de DPP. La violencia que más predomina es la psicológica con un 40% del grupo, seguida de violencia física 18,5% y sexual 3,1%. Si sumamos el total de las pacientes que ha sufrido violencia de la pareja son más de la mitad 61,6%. El estudio de Marcos- Nájera R et al. [60] coincide que los problemas matrimoniales son un factor de riesgo para la enfermedad mencionada.

Otro de los objetivos de la revisión es analizar la **prevalencia e incidencia de la DPP** en las mujeres.

Miguez, M. C. et al. [59] quiso detectar el momento de mayor gravedad y vulnerabilidad de la depresión durante el postparto. Concluyó que la **prevalencia** de depresión probable al segundo mes de postparto fue de 30,3%, mayor respecto a los seis meses y al año postparto. No obstante, la prevalencia de depresión mayor al año fue de 14,8%, mayor que a los dos y seis meses postparto. Este autor y demás investigadores destacaron con sus conclusiones que los síntomas suelen ir a peor, con lo que Cheryl Tatano [49] concuerda en uno de sus postulados, si los acontecimientos estresantes se van sumando y no se atienden, estos cronifican pudiendo crear un trastorno psiquiátrico.

En cuanto a la **incidencia** de la DPP Meng J, et al. [61] resalta que las intervenciones enfermeras basadas en la evidencia como son los masajes previos a dar a luz; explicaciones profesionales sobre las técnicas a realizar durante el parto; la escucha activa y las curas postparto reducen la incidencia de la depresión postparto. En cuanto a esto, la intervención cognitiva conductual que se lleva a cabo en el estudio de Liu H [62] resultó disminuir la incidencia de ansiedad y depresión.

Una de las cuatro esferas que destaca en la teoría de Cheryl Tatano [49] es el cuidado enfermero, ella explica que es una profesión que tiene la obligación de cuidar. Por ello, nos marcamos como uno de los objetivos conocer las **intervenciones** que enfermería podía tener frente a la depresión postparto.

Meng J et al. [61] crea su estudio sobre las intervenciones enfermeras concluyendo en dos grandes puntos. El primero, la **orientación y el apoyo emocional**, este incluye atención enfermera disponible a preguntas e inquietudes, es decir, accesibilidad, un problema al que se enfrentan las mujeres inmigrantes del estudio realizado por Marcos-Nájera R et al. [60]; comunicación telefónica diaria enfermera-paciente para hablar sobre lactancia materna, preguntas postparto, etc. e intervenciones individualizadas a la paciente, considerando “la persona como un todo”, lo cual coincide con una de las esferas mencionadas por Beck [49]. En el segundo punto, la **asistencia durante el parto**, encontramos intervenciones como el *mindfulness* y posiciones para facilitar el parto, lo cual encaja con el estudio de Pan, W. L. et al [63] gestantes del cual redujeron su estrés tras la teoría basada en “Parto consciente de Nancy Bardack” y la práctica incluyendo meditación y yoga consciente; apoyo físico, emocional y masajes y asistencia en la fase de expulsión, posiciones y facilitación del nacimiento del bebé.

Lewis, B. A., et al. [64] se replantea si el **ejercicio y las intervenciones de bienestar** podrían inducir mejoras en la depresión postparto. Se incluyen en las intervenciones telefónicas, la prevención del estrés, confrontación de la fatiga, manutención del hogar saludable, nutrición, etc. Este estudio resultó que el estrés percibido de las participantes que hacían ejercicio era menor. No obstante, en el estudio se menciona la existencia de barreras asociadas a buscar tratamiento, entre ellas, el estigma. Cheryl [49] menciona este suceso en una de las etapas de la teoría “Luchando por sobrevivir” donde la mujer puede tener la sensación de “luchar contra el sistema”.

Dodge KA et al [65] quería conocer el efecto que podía tener la **atención a domicilio de enfermería**. Se consiguió conectar al 42% de las familias a los recursos de la comunidad, logrando mayor accesibilidad coincidiendo con Meng J et al [61], que la atención a domicilio es un factor protector.

En cuanto a la **intervención cognitiva conductual** de las enfermeras en madres gestantes Liu H, et al [62] crea un plan compuesto por cinco actuaciones que incluyen evaluación psicológica; plan de autoactividad (ejercicios alegres, ensayos cognitivos, técnicas de transferencia...); atención enfermera a la salud mental de las madres; mejora de la atención postparto que coinciden con una de las intervenciones de Meng, J et al [61] y comunicación con la pareja y la familia con tal de crear una red de apoyo sano, factor protector frente a la DPP como indica Tatano [49]. Este hallazgo sugirió que la terapia cognitivo-conductual tuvo un efecto positivo en la prevención de la aparición de la depresión posparto en mujeres que tuvieron su primer hijo. Además, los resultados obtenidos del cuestionario de satisfacción de enfermería destacaron cómo esta intervención contribuyó a mejorar la satisfacción de las pacientes con la atención recibida. Van Lieshout RJ [66] coincide con los resultados beneficiosos de la terapia cognitivo-conductual y, además, añade la revaloración a los seis meses. Las madres diagnosticadas de DPP, tras medio año, notaban una mejoría de los síntomas y menos preocupación.

Otro grupo de enfermeras dirigido por McCarter DE, et al. [72] quiso saber si la **asistencia tecnológica postparto** disminuyó el estrés y mejoró el estado de ánimo. Se crearon tres grupos, en el primero se enviaban mensajes estandarizados cuatro veces por semana; en el segundo, estos mensajes más contacto directo con la enfermera y el tercer grupo, contó con la atención habitual. El efecto fue positivo en cuanto a la satisfacción de la paciente, pero no redujeron su estrés ni mejoró su estado de ánimo. Si confrontamos este estudio con el que realizó Dodge KA, et al. [65] podríamos pensar que, si la atención hubiese sido cara a cara, los resultados podrían haber sido mejores.

Referente a las **escalas de intervención** la revisión bibliográfica deja ver lo siguiente.

Es importante destacar que la mayoría de los estudios que hemos revisado utilizan la Escala de Depresión Posnatal (EPDS) como el instrumento de medición 'gold standart' para el análisis de resultados. Por ejemplo, el estudio de Ferrari B utiliza exclusivamente esta escala como parte de su metodología para investigar la prevalencia y los factores de riesgo [58]. Otros estudios, como el de Míguez, M. C. y Lewis, B, incorporan además de la EPDS, la

Entrevista Clínica Estructurada (SCID), una herramienta semiestructurada perteneciente al DSM-V, con el objetivo de mejorar la fiabilidad de los resultados [59];[64].

Aunque también encontramos estudios, como el de Marcos-Nájera R., que emplean otras escalas con una buena consistencia interna para investigar la prevalencia y los factores de riesgo de la depresión prenatal en mujeres embarazadas inmigrantes y autóctonas en España [60]. En este caso, utilizaron la Escala de Salud del Paciente (PHQ-9) para evaluar la gravedad de la depresión, validada específicamente para mujeres hispanohablantes embarazadas, y complementaron con la Escala de Identificación de Depresión Posnatal (PDPI-R), una herramienta que evalúa los factores de riesgo más relevantes. Asimismo, el estudio de Chaves-Martínez, M. I. [68] emplea la Escala de Sentido de Seguridad Posnatal de las Madres (PPSS-S) para analizar los factores de riesgo asociados con los sentimientos de seguridad de las madres. Además, Da Silva Lima L [71] incluye en su metodología el Estudio Multinacional sobre la Salud de la Mujer y la Violencia Doméstica (VCM de la OMS) para detectar también la violencia de pareja.

En los estudios enfocados en evaluar la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales de enfermería [61, 62], la EPDS también se utilizó como herramienta principal, complementada con la Escala de Depresión de Hamilton (HAMD), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Por otro lado, en un estudio como el de Van Lieshout, dirigido al tratamiento no farmacológico mediante la terapia cognitivo-conductual, se utilizó la EPDS como herramienta principal, junto con el MINI, la Escala de Provisiones Sociales (SPS) y el cuestionario de Vinculación Postparto, que evalúa la relación madre-hijo.

Finalmente, estudios como el de Howard LM [67] abordan la precisión diagnóstica de las preguntas de las encuestas, concluyendo que la EPDS mostró mejores resultados que la Whooley en la identificación precisa de la depresión mayor, aunque ambas demostraron una alta especificidad. En Protocol de seguiment de l'embaràs apareixen ambdues escalas combinades com a cribatge per detectar la DPP. [24]

Secundàriament se va saber si els **bebés de madres con DPP** sufrían alguna consecuencia.

Paolantonio MP et al. [70] con su estudio reveló que las madres con dicho diagnóstico sufren de alteraciones en la voz, lo cual provoca una pérdida de cualidades melódicas durante su discurso y puede afectar a la adquisición del lenguaje del bebé.

El estudio de Liu H [62] subraya la importancia de implementar la atención familiar [62]; Dodge KA [65] incluye en sus intervenciones visitas de atención infantil y Van Lieshout RJ [66] estudia la relación madre-hijo puesto que el recién nacido puede ser uno de los afectados tras el diagnóstico.

## 6. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados a la depresión postparto son diversos y abarcan aspectos psicológicos, biológicos y sociales. Tras la revisión hemos visto que destacan la importancia de antecedentes de salud mental (como la depresión prenatal); consumo de drogas psicotrópicas; otros factores familiares en el desarrollo de esta condición; número de partos y vivencia negativa del embarazo. Las diferencias entre mujeres nativas e inmigrantes también son relevantes, con factores sociodemográficos distintos que influyen en la prevalencia y gravedad de la depresión postparto en cada grupo. Además, factores como la relación con la pareja y la experiencia de violencia de género también se han identificado como factores de riesgo significativos. En conjunto, estos hallazgos resaltan la complejidad de la depresión postparto y la necesidad de abordar una variedad de factores para su prevención y tratamiento efectivos.

Cabe destacar que, aunque las madres encuestadas en estos estudios no hayan sido diagnosticadas de DPP, todas ellas al final del primer trimestre sentían apetito diferente, más cansancio y más sueño.

Existe una mayor prevalencia de depresión probable en el segundo mes frente a prevalencia mayor de diagnóstico de depresión al año, lo que se significa que los síntomas tienden a ir a peor sino se abordan.

En cuanto a reducir incidencia de la depresión posparto se presentan medidas como los masajes previos al parto, la intervención cognitivo-conductual, la orientación profesional sobre las técnicas de parto, la escucha activa y la atención posparto.

Respecto a intervenciones que han resultado beneficiosas de parte de la enfermera ante el a la prevención y el abordaje de la DPP:

- **Orientación y apoyo emocional:** Se centra en la disponibilidad de cuidado para abordar consultas y preocupaciones, la comunicación telefónica diaria entre

enfermera y paciente, y la aplicación de intervenciones personalizadas, teniendo en cuenta la integralidad de la persona.

- **Asistencia durante el parto y durante el parto:** posiciones para facilitar el parto, apoyo físico y emocional, masajes y asistencia en la fase de expulsión del bebé.
- **Intervenciones de bienestar:** Incluye técnicas como mindfulness e intervención cognitivo-conductual, atención a la salud mental, comunicación con el entorno de la madre, ejercicio para reducir el estrés, disponibilidad en consulta y contacto telefónico.
- **Atención domiciliaria de enfermería**

Es destacable mencionar que en la mayoría de los estudios que hemos revisado, se utiliza la Escala de Depresión Posnatal (EPDS) como el principal método de medición, considerado como el estándar de referencia para evaluar los resultados. Además, algunos estudios también incorporan otras escalas complementarias con el fin de mejorar la confiabilidad de los resultados o abordar aspectos específicos de interés.

En conclusión, abordar la DPP requiere un enfoque multidisciplinario que incluya prevención, detección precoz y tratamiento integral. Sin embargo, se destaca la necesidad de mejorar las medidas de resultados sensibles a las enfermeras para una evaluación más precisa de la eficacia de las intervenciones. Finalmente, se subraya la importancia de establecer seguimientos en el uso de aplicaciones móviles durante el período perinatal como una estrategia prometedora para mejorar el cuidado y el seguimiento de las pacientes durante esta etapa crítica.

Los estudios acentúan la necesidad de crear programas de planificación familiar; intervenciones que reduzcan el estrés, medidas para disminuir el consumo de tóxicos, identificación de factores de riesgo, terapia para la depresión postparto y culturalmente, eliminar el estigma ante la salud mental.

## 7. LIMITACIONES

Nuestra primera intención era realizar una revisión bibliográfica de estudios centrados en Cataluña, no obstante, hay falta de investigaciones en este territorio. La limitación se solventó abriendo la búsqueda al territorio español.

La población estudiada fueron mujeres gestantes de todas las edades, por lo que los resultados no son extrapolables a una franja de edad concreta.

Por lo tanto, es importante crear nuevas líneas de investigación referentes a la depresión postparto de las gestantes españolas.

Se nos ocurren investigaciones dirigidas a estudiar la prevalencia e incidencia de la depresión postparto diferenciando grupos de edades y origen; escoger intervenciones concretas como grupos de apoyo o clases dirigidas de algún deporte y estudiar como mejoran la salud mental de las madres; explorar si trabajar o no y el tipo de trabajo afecta contribuye a desarrollar la enfermedad...

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Rich, A. (2019). Nacemos de mujer La maternidad como experiencia e institución.
- [2] Vanrell JA, Cabero i Roura Lluís, Iglesias Guiu X. Manual de obstetricia y ginecología para pregraduados. Barcelona [etc: Ediciones Científicas y Técnicas; 1994.
- [3] Kashkouli, M., Jahanian Sadatmahalleh, S., Ziaei, S. *et al.* Relación entre la depresión posparto y el nivel de vasopresina plasmática entre las 6 y 8 semanas posparto: un estudio transversal. *Representante científico* **13** , 3518 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-27223-6>
- [4] Henriksson, HE, Malavaki, C., Bränn, E. *et al.* Perfil metabólico del plasma sanguíneo de mujeres embarazadas con síntomas depresivos prenatales. *Transl Psychiatry* **9** , 204 (2019). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0546-y>
- [5] Sha, Q., Madaj, Z., Keaton, S. *et al.* Las citocinas y los metabolitos del triptófano pueden predecir los síntomas depresivos durante el embarazo. *Transl Psychiatry* **12** , 35 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01801-8>
- [6] Romero-González, B., Caparrós-González, RA, Strivens Vilchez, H., Peralta-Ramírez, MI, Caparrós-González, RA, & Strivens Vilchez, H. (2018). ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria* , 35 (2), 332–339. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.20960/nh.1192>
- [7] Bacigalupe A, González-Rábago Y, Jiménez-Carrillo M. Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria* [Internet]. 2022;54(7). Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-desigualdad-genero-medicalizacion-salud-mental-S0212656722000981> (no citado en el texto)
- [8] Depresión perinatal [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
- [9] Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. 2000 [cited 2024 Apr 14];11:1–525. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=266850>

- [10] Vista de Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica [Internet]. Enfermeriacuidandote.com. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/article/view/4645/4951>
- [11] La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. [cited 2024 May 14]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- [12] Rodríguez-Muñoz, M.F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M.G., Caparrós-González, R.A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H.S., Vázquez-Batan, P., Peñacoba, C., y Osma, J. (2023). Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain. *Clínica y Salud*, 34(2), 51 – 63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- [13] American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- [14] Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio | Enhanced Reader. (n.d.). Retrieved March 18, 2024, from [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia\\_practica\\_AEP.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf)
- [15] Míguez MC, Fernández V, Pereira B. DEPRESIÓN POSTPARTO Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES CON EMBARAZOS DE RIESGO. *Behav Psychol / Psicol Conduct* [Internet]. 2017 Jan;25(1):47–64. Available from: <http://sabidi.urv.cat/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=122725854&site=ehost-live&scope=site>
- [16] Souza Torres de Araújo KM, de Andrade Silva SR, de Aquino Freire D, Silva de Almeida IJ, Bernardino Cavalcanti de Albuquerque AO, Santos Baptista R. FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REVISÃO DE LITERATURA. *Risk factors post-delivery Depress Lit Rev* [Internet]. 2020 Dec;10(32):248–58. Available from: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/329>
- [17] 1. Depresión perinatal - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [cited 2024 May 16]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>

- [18] Cabrera Rodríguez A. Depresión postparto y lactancia materna. *Nutr Hosp* [Internet]. 2012 Dec 2;27:87. Available from: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/6339.pdf>
- [19] Medicamentos para la depresión | FDA [Internet]. [cited 2024 May 16]. Available from: <https://www.fda.gov/consumers/womens-health-topics/depression-medicines>
- [20] La FDA aprueba el primer tratamiento oral para la depresión posparto | FDA [Internet]. [cited 2024 May 17]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/la-fda-aprueba-el-primer-tratamiento-oral-para-la-depresion-posparto>
- [21] Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*. 1996;45(5):297-303.
- [22] Campero-Cuenca L. Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género [Education and women's health: reflections from a gender perspective]. *Salud Publica Mex*. 1996 May-Jun;38(3):217-22. Spanish. PMID: 8757548.
- [23] Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030. (n.d.). Retrieved March 18, 2024, from <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- [24] Gencat.cat. [citado el 16 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/embaras\\_parcipal/protocol\\_sequiment\\_embaras/protocol-sequiment-embaras-2018.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_parcipal/protocol_sequiment_embaras/protocol-sequiment-embaras-2018.pdf)
- [25] THINKING HEALTHY A manual for psychosocial management of perinatal depression WHO generic field-trial version 1.0, 2015 Series on Low-Intensity Psychological Interventions-1.
- [26] Linardon, J, Cuijpers, P, Carlbring, P, Messer, M, and Fuller-Tyszkiewicz, M. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. (2019) 18:325–36. doi: [10.1002/wps.20673](https://doi.org/10.1002/wps.20673)
- [27] Meyerowitz-Katz, G, Ravi, S, Arnolda, L, Feng, X, Maberly, G, and Astell-Burt, T. Rates of attrition and dropout in app-based interventions for chronic disease: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. (2020) 22:e20283. doi: [10.2196/20283](https://doi.org/10.2196/20283)
- [28] Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI” de la Comisión Europea, presentado el 6 de Diciembre de 2012, al

Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones.

[29] Zhou, C., Hu, H., Wang, C., Zhu, Z., Feng, G., Xue, J., & Yang, Z. (2022). The effectiveness of mHealth interventions on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(2), 83–95. <https://doi.org/10.1177/1357633X20917816>

[30] Informe ditrendia (2017). Mobile en España y en el Mundo. (Accessed March 15, 2024)[https://www.amic.media/media/files/file\\_352\\_1289.pdf](https://www.amic.media/media/files/file_352_1289.pdf).

[31] Rodríguez-Muñoz, M. F., Kovacheva, K., García-López, H. S., Le, H.-N., Ruiz, N., Olivares, M. E., Izquierdo Mendez, N., & Coronado, P. (2023). The healthy moms and babies app to prevent postpartum depression: analysis of user-profiles and dropout cases. *Frontiers in Public Health*, 11, 1186963. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1186963>

[32] Alba González R, López Tello V, Merino Salán M, Fernández Fernández P, Alonso del Rivero Hernández V del C, Fernández Díaz MN. Actualización en depresión postparto. TEYS [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 5 de abril de 2024];1(3):18-2. Disponible en: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>

[33] CIMA. Centro de información de medicamentos [Internet]. [cited 2024 May 19]. Available from: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

[34] El manual LASC a. FPC la N en. Guía para [Internet]. Gencat.cat. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/E/embaras\\_part\\_i\\_postpart/documents/arxiu/quia-embaras-castella.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/A-Z/E/embaras_part_i_postpart/documents/arxiu/quia-embaras-castella.pdf)

[35] *Depresión postparto: una historia de rechazo, olvido y negación* | *National Geographic*. (n.d.). Retrieved March 7, 2024, from <https://www.nationalgeographic.es/historia/2023/09/depresion-postparto-medias-verdades-mitos-leyendas>

[36] Karitme, I., & Rojas, R. (2021). SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN MUJERES GESTANTES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. In *Gestación y Salud Mental* (Vol. 1). <http://repository.unicatolica.edu.co/handle/20.500.12237/2148>

[37] *Vista de Parir y nacer. Trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados*. (n.d.). Retrieved March 7, 2024, from <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/6015/6049>

[38] Vallecampo A. Relación Entre Riesgo Y Factores Asociados a Depresión Postparto Del Puerperio Inmediato De Mujeres Con Bajo Riesgo Obstétrico. Crea Ciencia [Internet]. Julio de 2021 [consultado el 25 de abril de 2024];14(1):12–24. Disponible en: <https://search-ebscobhost-com.sabidi.urv.cat/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=155770839&site=ehost-live&scope=site>

[39] Siurana Aparisi, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22(22), 121–157. <https://doi.org/10.4067/s0718-92732010000100006>

[40] Sharp DJ, Chew-Graham C, Tylee A, Lewis G, Howard L, Anderson I, Abel K, Turner KM, Hollinghurst SP, Tallon D, McCarthy A, Peters TJ. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: the RESPOND trial. *Health Technol Assess*. 2010 Sep;14(43):iii-iv, ix-xi, 1-153. doi: 10.3310/hta14430. PMID: 20860888.

[41] Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*. 2007;(4):CD006116–CD006116.

[42] Burt V, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick V, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1001-09.

[43] Lanza di Scalea T, Wisner K. Antidepressant Medication Use during Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):483-97.

[44] EL GENERAL DE LOS ANTERIORES Dois Castellón Angelina. Actualizaciones en depresión posparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2012 Dic [citado 2024 Mar 18]; 38( 4 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es).

[45] Tratamiento de la Depresión Postparto [Internet]. Clínica Barcelona. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/tratamiento>

[46] Alligood Martha Raile AMT; Modelos y teorías en enfermería, Séptima ed. EdiDe SL, editor, capítulo 34

[47] Ine.es. [citado el 25 de marzo de 2024]. Disponible en:

[https://www.ine.es/prensa/tich\\_2019.pdf](https://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf)

[48] *Síntomas de la Depresión Posparto | Hospital Clínic Barcelona*. (n.d.). Retrieved May 17, 2024, from <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/sintomas>

[49] Beck, C. T., y Driscoll, J. (2006). *Postpartum mood and anxiety disorders : a clinician's guide*. Jones and Bartlett Publishers.

[50] Marciela Miranda Xochipa, *Protocolo de Investigación, Depresión Posparto y Apoyo Social Funcional en Mujeres de una Unidad de primer nivel de atención*. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/78f4fef0-6fc5-4b60-9c26-aec13e6cf5b8/content> Accessed: 2024-04-14

[51] Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Perinatal depression: a review on diagnosis and treatment strategies. In *Revista Medica Clinica Las Condes* (Vol. 31, Issue 2, pp. 139–149). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>

[52] Andreu Pejó L. *Proyecto Mamáfeliz: estudio sobre la salud mental prenatal a través de internet*. 2017 [cited 2024 Apr 26]; Available from: <https://dialnet-unirioja.es/sabidi.urv.cat/servlet/tesis?codigo=122016&info=resumen&idioma=SPA>

[53] Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C., & Tizón, J. L. (2022). Prevention of mental health disorders in primary care: Pregnancy in adolescence. *Atencion Primaria*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102494>

[54] Teti, DM, Gelfand, DM, Messinger, DS e Isabella, R. (1995). La depresión materna y la calidad del apego temprano: un examen de bebés, niños en edad preescolar y sus madres. *Psicología del desarrollo*, 31 (3), 364.

[55] Ibarra-Yruegas B, Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Kawas Valle O. Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised for pregnant women in Mexico. *J Health Psychol*. 2016.

[56] *ROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL POSTPARTUM DEPRESSION PREDICTORS INVENTORY- REVISED- VERSIÓN PRENATAL EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA DE MUJERES EMBARAZADAS (\*)* - Buscar con Google. (n.d.). Retrieved May 17, 2024, from [Propiedades psicométricas del postpartum depression predictors inventory- revised- versión prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas \(isciii.es\)](https://www.isciii.es/propiedades-psicometricas-del-postpartum-depression-predictors-inventory-revised-version-prenatal-en-una-muestra-espanola-de-mujeres-embarazadas)

- [57] Rodríguez-Muñoz, F., Izquierdo, N., Olivares, E., Del Carmen Picos, M., Rodríguez, I., Herráiz, M. A., Le, H. N., & Fonseca, J. (2018). Postpartum Depression Screening Scale Short Form: Is it possible to use it for antenatal depression? *Clinica y Salud*, 29(3), 147–150. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a21>
- [58] Ferrari B, Mesiano L, Benacchio L, Ciulli B, Donolato A, Riolo R. Prevalencia y factores de riesgo de la depresión posparto y el trastorno de adaptación durante el puerperio: una investigación retrospectiva. *Revista de Psicología Infantil y Reproductiva [Internet]*. 2021 noviembre [consultado el 3 de abril del 2024];39(5):486–98. Disponible en:
- [59] Míguez, M. C., & Vázquez, M. B. (2023). Prevalence of postpartum major depression and depressive symptoms in Spanish women: A longitudinal study up to 1 year postpartum. *Midwifery*, 126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103808>
- [60] Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz M de la F, Soto Balbuena C, et al. Prevalencia y factores de riesgo de depresión prenatal entre mujeres embarazadas inmigrantes y autóctonas en España. *Revista de Enfermería Transcultural* . 2020;31(6):564-575. doi:[10.1177/1043659619891234](https://doi.org/10.1177/1043659619891234)
- [61] Meng J, Du J, Diao X, Zou Y. Effects of an evidence-based nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period. *Stress Heal J Int Soc Investig Stress [Internet]*. 2022 Aug;38(3):435–42. Available from: <http://sabidi.urv.cat/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=158412562&site=ehost-live&scope=site>
- [62] Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry [Internet]*. 2021 Jan 4;20(1):1–7. Available from: <http://sabidi.urv.cat/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=147906894&site=ehost-live&scope=site>
- [63] Pan, W. L., Chang, C. W., Chen, S. M., & Gau, M. L. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - A randomized control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 346. [10.1186/s12884-019-2503-4](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2503-4)
- [64] Lewis, B. A., Schuver, K., Dunsiger, S., Samson, L., Frayeh, A. L., Terrell, C. A., Ciccolo, J. T., Fischer, J., & Avery, M. D. (2021). Randomized trial examining the effect of exercise and

wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04257-8>

- [65] Dodge KA, Goodman WB, Bai Y, O'Donnell K, Murphy RA. Effect of a Community Agency-Administered Nurse Home Visitation Program on Program Use and Maternal and Infant Health Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2019 Nov 1;2(11):e1914522. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.14522. PMID: 31675088; PMCID: PMC6826644.
- [66] Van Lieshout RJ, Layton H, Savoy CD, Haber E, Feller A, Biscaro A, Bieling PJ, Ferro MA. Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry*. 2022 Jun;67(6):432-440. doi: 10.1177/07067437221074426. Epub 2022 Jan 21. PMID: 35060398; PMCID: PMC9152236
- [67] Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A, et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. 2018;
- [68] Chaves-Martínez, M. I., & Rosón-Matilla, L. (2021). Early detection of prenatal depression in pregnant women from Lugo. *Matronas Profesion*, 22(2), 88–94.
- [69] Escribano, S., Oliver-Roig, A., Cano-Climent, A., Richart-Martínez, M., Persson, E. K., & Juliá-Sanchis, R. (2020). The Spanish version of the Mothers' Postnatal Sense of Security Scale: Psychometric properties and predictive utility. *Research in Nursing and Health*, 43(6), 651–661. <https://doi.org/10.1002/nur.22071>
- [70] Paolantonio MP, Manoilloff LMV, Faas AE. Alteraciones prosódicas y comunicativas madre-bebé debido a depresión postparto. *Estud fonética Exp* ISSN 1575-5533, ISSN-e 2385-3573, No 29, 2020, págs 241-279 [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 14];(29):241–79. Available from: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=7623071&info=resumen&idioma=SPA>
- [71] Da Silva Lima L, do Carmo TOA, de Souza Brito Neto C, da Cunha Pena JL. Depressive symptoms in pregnant women and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Enferm Glob*. 2020 Oct 1;19(4):31–45.
- [72] McCarter DE, Demidenko E, Sisco TS, Hegel MT. Technology-assisted nursing for postpartum support: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2019 Oct;75(10):2223-2235. doi: 10.1111/jan.14114. Epub 2019 Jul 21. PMID: 31222789; PMCID: PMC6746586

- [73] Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas, E. (2002). Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. In *Med Clin (Barc)* (Vol. 118, Issue 13). [https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=validacion\\_esp\\_MADRS-HARS.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=validacion_esp_MADRS-HARS.pdf)
- [74] Rafferty, J., Mattson, G., Earls, M. F., Yogman, M. W., Gambon, T. B., Lavin, A., Wissow, L. S., & Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health. (2019). Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*, 143(1), Article e20183260. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3260>
- [75] Mu, T. Y., Li, Y. H., Pan, H. F., Zhang, L., Zha, D. H., Zhang, C. L., & Xu, R. X. (2019). Postpartum depressive mood (PDM) among Chinese women: A metaanalysis. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 279-287. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0885-3>
- [76] Nisar, A., Yin, J., Waqas, A., Bai, X., Wang, D., Rahman, A., & Li, X. (2020). Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 1022-1037. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>
- [77] Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Shimoda, K., & Yasui-Furukori, N. (2020). Prevalence of perinatal depression among Japanese women: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1-18.
- [78] Cena, L., Mirabella, F., Palumbo, G., Gigantesco, A., Trainini, A., & Stefana, A. (2021). Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *Journal of Affective Disorders*, 279, 217-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.136>

## 9. ANEXOS

### *Ilustración 3. Cuestionario Whooley (NICE 2014)*

**Durant l'últim mes**

- S'ha sentit sovint baixa d'ànim, deprimida o desesperançada?
- Ha sentit sovint que ha perdut interès o plaer per les coses?
- S'ha sentit nerviosa, ansiosa o desbordada?
- S'ha sentit incapaç de controlar o parar les seves preocupacions?

### *Ilustración 4. Pautas para la evaluación y el uso de la escala EPDS*

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh [EPDS, por sus siglas en inglés] Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

#### Instrucciones de uso:

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

#### Pautas para la evaluación:

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

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

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

1/07

*Ilustración 5. Cuestionario sobre la Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)*

**Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

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

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

Taken from the British Journal of Psychiatry  
June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

1/07

Il·lustració 6. Cribatge per detectar la depressió i l'ansietat. Gencat [24]

