

Nabetse Gomez Mancilla y Rut Tovar Oliete

EL LADO SILENCIADO DEL POSPARTO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Rosa Raventós Torner

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Tarragona 2025

ÍNDICE

Índice de gráficos y figuras.....	4
Índice de tablas.....	4
Listado de abreviaturas.....	5
Prólogo.....	6
Agradecimientos.....	7
Resumen	8
Abstract.....	9
1. Introducción.....	10
2. Pregunta de investigación y objetivos.....	12
2.1. Pregunta de investigación.....	12
2.2. Objetivo general.....	12
2.3. Objetivos específicos	12
3. Marco teórico	13
3.1. El puerperio	13
3.2. Trastornos mentales en el puerperio.....	15
3.3. Características de la depresión postparto	16
3.4. Métodos de detección y prevención.....	18
3.5. Manejo y tratamiento	21
3.6. Impacto multidimensional de la depresión postparto.....	23
3.7. Rol de la enfermera pediátrica y protocolo.....	24
3.8. Integrar la Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegart Peplau:	26
4. Metodología.....	29
4.1. Revisión bibliográfica	29
4.2. Diseño del estudio	29
4.3. Aspectos éticos.....	32
4.4. Cronograma.....	32
5. Resultados y discusión.....	33
5.1. Formación y actualización profesional	34
5.2. Experiencia en la práctica profesional.....	36
5.3. Importancia del seguimiento en la consulta pediátrica	37
5.4. Rol de la enfermera pediátrica y manejo de la DPP.....	37
5.5. Beneficios y barreras del seguimiento de la DPP.....	40
6. Conclusiones	42
7. Limitaciones y futuras líneas de investigación	43
8. Referencias bibliográficas	44
9. Anexos.....	49

9.1. Anexos 1	49
9.2. Anexos 2.....	49
9.3. Anexo 3.....	50
9.4. Anexo 4.....	51
9.5. Anexo 5.....	53
9.6. Anexo 6.....	56
9.7. Anexo 7.....	58
9.8. Anexo 8.....	60
9.9. Anexo 9.....	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Ilustración 1: Conceptos fundamentales.....	27
Ilustración 2: Fases relación enfermera paciente.....	27
Ilustración 3: Síntomas de Tristeza Puerperal.....	52
Ilustración 4: Diagrama de flujo.....	53
Ilustración 5: Diagrama de Gantt.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Etiología de la depresión postparto.....	17
Tabla 2: Participantes en el estudio.....	30
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión de la muestra.....	30
Tabla 4: Tabla de categorías.....	33
Tabla 5: Preguntas PICO.....	49
Tabla 6: Preguntas de Whooley.....	49
Tabla 7: Escala de la depresión postparto de Edimburgo	50
Tabla 8: Terminología empleada Mesh y Decs.....	54
Tabla 9: Criterios de exclusión e inclusión de la búsqueda bibliográfica.....	54
Tabla 10: Resultados de la búsqueda	55
Tabla 11: Cronograma de actividades.....	58

LISTADO DE ABREVIATURAS

- AP: Atención Primaria.
- ATC: Atención Territorial Continuada
- BDI: Cuestionario de Depresión de Beck
- CADI: Cuidados Enfermeros en la Atención Primaria
- DPP: Depresión Postparto.
- DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- EPDS: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo
- FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos
- ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PIP: Programa de Intervención Psicosocial
- TPP: Tristeza Postparto
- PPP: Psicosis Postparto

PRÓLOGO

Este trabajo nace de nuestro interés y perplejidad ante una problemática poco conocida que despertó en nosotras una profunda curiosidad durante nuestros estudios de enfermería: la salud mental materna y su estigmatización. Nos preguntábamos cómo podía ser que, en una sociedad que idealiza la maternidad como una etapa perfecta y naturalmente feliz, existiera sufrimiento emocional. Esta contradicción generó en nosotras un fuerte deseo de comprender mejor esta realidad y, a medida que profundizábamos en la literatura científica, también sentimos la necesidad de visibilizar una problemática social tan frecuente como silenciada.

El interés por este tema surgió al reflexionar sobre el papel de las enfermeras pediátricas en el seguimiento del recién nacido y su entorno familiar. A pesar de su posición estratégica para detectar posibles señales de alarma en las madres, su rol en relación con la depresión posparto parece poco visibilizado en la literatura científica. Esto despertó en nosotras la necesidad de explorar más a fondo su experiencia, estrategias y barreras.

Gracias a esta inquietud inicial, este proceso nos ha permitido explorar una vivencia común, pero aún estigmatizada y poco reconocida socialmente. Este proceso de investigación nos ha hecho crecer no solo como estudiantes, sino también como futuras profesionales de la salud. Nos ha permitido desarrollar una mirada más amplia, empática y crítica hacia las necesidades emocionales de las madres.

En el futuro, como enfermeras, llevaremos con nosotras las herramientas, recursos y aprendizajes adquiridos en este trabajo, con el compromiso de contribuir a una atención más humana, integral y sensible a la salud mental materna.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestra tutora Rosa Raventós Torner por su acompañamiento, orientación y dedicación durante la elaboración de este trabajo. Su guía, apoyo y enseñanzas han sido fundamentales en esta última etapa de nuestro camino académico, contribuyendo de forma significativa a nuestra formación como futuras enfermeras.

También agradecemos a las enfermeras pediátricas que participaron en las entrevistas, por su tiempo, compromiso y generosidad al compartir sus experiencias de manera sincera y enriquecedora.

Por último, damos las gracias al profesorado de la Facultad, por habernos formado con una mirada integral y humana del cuidado, enseñándonos a acompañar, cuidar, curar y estar presentes desde una visión holística de la enfermería.

RESUMEN

El posparto es una etapa vulnerable en la que los cambios físicos, emocionales y sociales pueden afectar la salud mental de la madre, aumentando el riesgo de depresión postparto, una complicación frecuente que puede surgir entre la segunda semana y los seis meses tras el parto, con síntomas como tristeza, insomnio, culpa y desconexión con el bebé.

Este estudio tiene como objetivo analizar el papel de las enfermeras pediátricas de atención primaria en la detección, prevención y manejo de la depresión postparto. Se busca identificar las barreras que enfrentan, comparar las estrategias utilizadas con las prácticas recomendadas en la literatura científica, su nivel de conocimiento y su percepción sobre la importancia de su rol, con el fin de proponer mejoras en la atención a madres en el posparto.

Se empleó una metodología cualitativa con enfoque descriptivo exploratorio. La muestra, seleccionada por conveniencia, incluyó cinco enfermeras pediátricas del CAP Botafoch de El Vendrell que cumplían con los criterios de inclusión. Los datos se recogieron mediante un grupo focal con un guion de preguntas semiestructuradas y acompañado de observación no verbal. La sesión fue grabada con consentimiento previo y se garantizó la confidencialidad mediante el uso de códigos.

El análisis reveló cinco temas principales: formación profesional, experiencia práctica, seguimiento pediátrico, rol en la detección de la DPP y barreras en el proceso. Las enfermeras pediátricas de AP destacan la importancia de su papel en la detección y prevención de la DPP debido a su contacto cercano con las madres, pero se enfrentan a barreras que limitan su actuación, como la falta de formación en salud mental perinatal, ausencia de protocolos, escaso tiempo en consulta y una coordinación informal con otros profesionales. Destacan la necesidad de abordar estas carencias para garantizar una atención integral a la madre y promover la salud mental desde AP.

Palabras clave: Depresión postparto, Enfermería pediátrica, Enfermería, Madres, Prevención y control.

ABSTRACT

The postpartum period is a vulnerable stage in which physical, emotional and social changes can affect the mother's mental health, increasing the risk of postpartum depression (PPD) a common complication that can arise between the second week and six months after childbirth, with symptoms such as sadness, insomnia, guilt and disconnection from the baby.

This study aims to analyze the role of Primary Care pediatric nurses in the detection, prevention and management of postpartum depression. It seeks to identify the barriers they face, compare the strategies they use with those recommended in the scientific literature, assess their level of knowledge and understand their perception of the importance of their role in order to propose improvements in postpartum maternal care.

A qualitative methodology with a descriptive and exploratory approach was used. The sample, selected for convenience, included five pediatric nurses from the CAP Botafoc in El Vendrell who met the inclusion criteria. Data were collected through a focus group using a semi-structured question guide accompanied by non-verbal observation. The session was recorded with prior consent and confidentiality was ensured through the use of coded identifiers.

The analysis revealed five main themes: professional training, practical experience, pediatric follow-up, role in PPD detection and barriers in the process. Primary Care pediatric nurses emphasized the importance of their role in the detection and prevention of PPD due to their close contact with mothers. However, they face limitations such as a lack of training in perinatal mental health, absence of protocols, limited consultation time and informal coordination with other professionals. They highlight the need to address these shortcomings to ensure comprehensive maternal care and promote mental health from Primary Care.

Keywords: Postpartum depression, Pediatric nursing, Nursing, Mothers, Prevention and control.

1. INTRODUCCIÓN

En la vida de una mujer, hay numerosas etapas de transición, entre las cuales destacan el embarazo, el parto y el puerperio. El puerperio o también conocido como periodo posparto, son las 6 semanas posteriores al parto. En este periodo es cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos y la madre regresa al estadio previo del embarazo, por lo que es un periodo que conlleva importantes cambios físicos, emocionales y sociales, afectando la identidad y salud mental de la madre y aumentando el riesgo de desarrollar una depresión posparto (1-4).

El posparto, que debería ser un período adaptación, puede ser abrumador para muchas madres debido a la incertidumbre, el dolor físico y los cambios hormonales. Según el "*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*" (DSM-V), la DPP se caracteriza por síntomas depresivos que duran más de dos semanas durante el primer año tras el parto y cumplen los criterios de depresión mayor (3,5,6). Esto puede derivar a trastornos emocionales, siendo la depresión posparto (DPP) un problema de salud pública que ha aumentado durante las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7) el 3,8% de la población experimenta depresión, siendo aproximadamente un 50% más frecuente en la población femenina. Además, entre el 10% y el 20% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo o en el posparto, siendo una de las complicaciones más comunes en este período (4). En los países desarrollados, la prevalencia alcanza un 15,6%-19,8% (3). En España se estima que oscila entre el 6% y el 18% y en Cataluña hay una afectación del 18% (4,8).

Los síntomas de la DPP pueden manifestarse de forma gradual o repentina. Los más comunes incluyen cambios emocionales intensos, dificultades para dormir o exceso de sueño, dolores de cabeza, malestar físico, preocupación excesiva sobre el bienestar del bebé o falta de interés en él sentimientos de culpa y frustración, sintiendo que es incapaz de manejar la situación y que su familia no la comprende generando soledad e impotencia (3,5).

Existe evidencia de que los síntomas de la DPP no se limitan exclusivamente al posparto, sino que en muchos casos pueden manifestarse incluso antes del parto. Se estima que aproximadamente un 25% de las mujeres experimentan síntomas depresivos antes del embarazo, un 34,1% durante el embarazo y un 40,9% en el periodo posparto. Estos datos han llevado a que, en los últimos años, se considere el término "depresión perinatal" más adecuado, al englobar tanto la etapa prenatal como la posnatal (9).

No obstante, a lo largo de este trabajo se utilizará el término "depresión posparto", ya que el enfoque de la investigación se centra en el papel de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria, quienes no suelen tener contacto directo con las madres durante el periodo prenatal. Su papel en la detección y abordaje de la DPP se desarrolla principalmente en el posparto.

Tras el parto puede aparecer la tristeza posparto o también conocida como "*Baby Blues*", que es muy común después de la primera semana de dar a luz. A diferencia de la depresión post parto el "*Baby Blues*" suele durar entre 2 o 3 días (hasta un máximo de dos semanas) y es relativamente leve. Mientras que la DPP, aparece entre la segunda y octava semana tras el parto, aunque puede manifestarse hasta seis meses después, dura más de 2 semanas, es incapacitante e interfiere con las actividades de la vida diaria. Además, si incluye pensamientos delirantes y de riesgo de daño para la madre o el bebé hablaríamos de la psicosis postparto (1,6,10).

Justificación

A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, la depresión posparto continúa siendo infradiagnosticada y, a menudo, incomprendida por la sociedad, es por eso por lo que la identificación de factores de riesgo y el diagnóstico precoz son claves para la prevención de la depresión posparto (11).

En este contexto, el personal de enfermería, y en particular las enfermeras pediátricas, juega un papel fundamental en la detección temprana de la DPP, ya que su intervención puede marcar una diferencia significativa en el pronóstico de las madres afectadas. Al ser profesionales sanitarios son un contacto directo y continuo con las familias, pueden observar cambios en el comportamiento y el estado emocional, lo que permite una intervención precoz y efectiva. Su proximidad y contacto frecuente con las madres en el período postnatal, junto con su capacidad de observación y juicio clínico, les permite identificar signos tempranos de riesgo (3,4,12–15).

A pesar de la importancia del papel de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria (AP) en la detección y manejo de la depresión posparto, existen barreras que limitan su actuación. Este trabajo pretende identificar las necesidades y las áreas de mejora en su formación sobre la DPP, para así conseguir, un abordaje óptimo del mismo, con una atención basada en un enfoque integral y de calidad que contribuya positivamente en la salud materno-infantil.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Pregunta de investigación

Cómo describen las enfermeras pediátricas de Atención Primaria su papel en la detección, prevención y manejo de la depresión posparto, qué barreras enfrentan en este proceso, cuáles son sus estrategias y nivel de conocimiento, y cómo perciben la importancia de su intervención para mejorar la atención a las madres ([anexo 1](#)).

2.2. Objetivo general

Explorar el papel de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria en la detección, prevención y manejo de la depresión posparto, identificando barreras, estrategias utilizadas, nivel de conocimiento y percepción sobre su importancia, con el fin de proponer mejoras específicas en este ámbito.

2.3. Objetivos específicos

- a. Identificar las barreras que enfrentan en la detección temprana y manejo de la depresión posparto en las consultas de seguimiento de atención primaria.
- b. Comparar las estrategias utilizadas para la detección de la depresión posparto en las consultas de atención primaria con las prácticas recomendadas en la literatura científica.
- c. Evaluar el nivel de conocimiento sobre la depresión posparto para identificar si existe la necesidad de formación específica.
- d. Analizar cuál es la percepción que tienen sobre la importancia de su papel en la prevención y manejo de la depresión posparto.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. El puerperio

El puerperio, o periodo posparto, es el periodo de aproximadamente seis semanas posteriores al parto en el que los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo se revierten, permitiendo que el cuerpo de la madre regrese a su estado previo al embarazo. Este periodo conlleva importantes cambios físicos, emocionales y sociales (1-4).

3.1.1. Cambios en el puerperio

a. Emocionales

En el puerperio, aproximadamente el 80% de las mujeres experimentan una serie de cambios emocionales caracterizados por labilidad afectiva, fluctuaciones entre euforia y llanto, irritabilidad, disforia, hipersensibilidad a la crítica, angustia y tristeza. Estos cambios suelen manifestarse alrededor del 3^o-5^o día posparto y pueden prolongarse hasta 10-15 días.

Estos cambios emocionales no deben confundirse con depresión, ya que no es la tristeza el síntoma predominante, sino una extrema hipersensibilidad y reactividad emocional. Esta hipersensibilidad emocional facilita la adaptación de la madre a las necesidades del recién nacido, favoreciendo la vinculación madre-hijo. En este contexto, estas emociones se consideran adaptativas, positivas, esperables y deseables.

Durante este periodo, la emoción predominante en la madre y la pareja es la alegría y la satisfacción de tener al bebé en sus brazos. La experiencia de haber ayudado al hijo a nacer genera un cúmulo de emociones que fortalecen el vínculo madre-hijo.

Sin embargo, no todos los partos transcurren sin complicaciones; en algunos casos, el uso de procedimientos más invasivos puede provocar sentimientos de sufrimiento y angustia. Además, durante la estancia hospitalaria tras el parto, la madre puede experimentar confusión debido al impacto del evento, los cambios hormonales y la inexperiencia en ciertos aspectos, lo que puede contribuir al estrés.

Esta etapa constituye un momento de mayor vulnerabilidad psicológica, aumentando el riesgo de que surjan patologías como la depresión posparto u otras afecciones relacionadas (16,17).

b. Físicos

Durante el puerperio, se produce la involución uterina, en el cual el útero regresa progresivamente a su tamaño y posición original en un periodo de seis semanas

mediante las contracciones uterinas, conocidas como entuertos, especialmente durante la lactancia, debido a la liberación de oxitocina. Además, las mujeres experimentan loquios, que son secreciones vaginales compuestas de sangre, tejidos y moco. Estos loquios cambian de color y consistencia con el tiempo: inicialmente son rojos (loquios rubra), luego rosados (loquios serosa) y finalmente blancos (loquios alba). En cuanto al suelo pélvico, se observa una relajación muscular debido al esfuerzo del parto, lo que puede generar molestias. Y en algunos casos, también pueden presentarse disfunciones como la incontinencia urinaria o fecal.

Durante este periodo, también se produce una serie de cambios en el cuerpo relacionados con la lactancia, como el aumento de tamaño y sensibilidad de las mamas, que pueden experimentar congestión mamaria al inicio de la lactancia, además de posibles grietas en los pezones o mastitis. En el ámbito gastrointestinal, se pueden presentar alteraciones como el estreñimiento, causado por los cambios hormonales y la menor movilidad intestinal. También es habitual que la madre experimente una pérdida de peso debido a la expulsión del bebé, la placenta y los líquidos acumulados, aunque puede persistir algo de volumen abdominal debido a la relajación de los músculos de esta zona.

Además, se produce una disminución brusca de los niveles de estrógenos y progesterona, lo que afecta tanto al estado físico como emocional de la madre. Si la madre está lactando, también se observa un aumento de la prolactina. En cuanto a la piel y el cabello, es común que la madre sufra de caída temporal del cabello (efluvio telógeno), así como la gradual desaparición de la hiperpigmentación y las estrías formadas durante el embarazo. Finalmente, la reanudación del ciclo menstrual puede tardar semanas o incluso meses en regresar, dependiendo de si la madre está lactando o no (18).

c. Sociales

La maternidad ha evolucionado con el tiempo, y hoy en día las mujeres tienen más control sobre su vida y decisiones relacionadas con la maternidad. La entrada al mercado laboral ha transformado tanto las tareas domésticas como las actitudes hacia la maternidad, compartiéndola más equitativamente con los padres. Las mujeres ahora deciden cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y cómo criar a sus hijos, priorizando aspectos como la conciliación laboral y familiar.

Esta mayor autonomía también ha permitido que las mujeres tengan una mayor conciencia sobre su salud, su bienestar emocional y sus derechos reproductivos. Sin embargo, aunque las mujeres gozan de más libertad en cuanto a sus decisiones, aún

se encuentran influenciadas por las expectativas sociales, políticas y económicas que a menudo siguen recayendo sobre ellas.

Además, la maternidad ya no es un rol exclusivo de la mujer, sino que la crianza se ve cada vez más como una responsabilidad compartida entre ambos padres, con un mayor involucramiento de los hombres en el cuidado y la educación de los hijos (19).

3.2. Trastornos mentales en el puerperio

Los trastornos mentales que pueden ocurrir en el puerperio son: tristeza postparto, depresión y psicosis postparto, pueden aparecer en las semanas o meses posteriores al parto. Estos trastornos están influenciados por factores hormonales, genéticos, psicológicos y sociales (6).

Tienen una alta prevalencia y pueden tener un impacto significativo en la madre, el bebé y la dinámica familiar. Es por ello, que resulta crucial diferenciar una de la otra, para poder realizar un diagnóstico y una intervención precoz, y así prevenir complicaciones y promover la salud mental materna y familiar (6,11).

3.2.1. Tipos de trastornos del estado de ánimo en el puerperio

- Tristeza posparto (TPP): También conocida como Baby Blues, es una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales. Afecta a entre el 50-80% de las mujeres tras el parto. Se caracteriza por: llanto fácil, irritabilidad, ansiedad, y cambios de humor. Aparece en los primeros días posparto y suele resolverse espontáneamente en dos o tres semanas.
- La depresión postnatal (DPP): Es un trastorno afectivo más grave que la TPP, generalmente no autolimitada. Afecta aproximadamente al 10-15% de las mujeres durante los primeros 6 meses después del parto. Suele manifestarse en las primeras semanas posparto, aunque puede aparecer hasta un año después. Este síndrome dura más tiempo que el TPP y tiene un mayor impacto en la familia.
- Psicosis postparto (PPP): Es un trastorno poco frecuente, con una incidencia de 1-2 por cada 1000 partos, pero extremadamente grave. Se caracteriza por: alucinaciones, delirios, alteración del juicio, y cambios severos en el comportamiento. Aparece en las primeras cuatro semanas postparto. Es una urgencia psiquiátrica que requiere intervención inmediata, ya que existe riesgo de daño a la madre o al bebé.

3.2.2. Depresión posparto

Las adaptaciones tanto físicas y psicológicas en las madres tras el nacimiento de un bebé, pueden asociarse a un conflicto de intereses entre sus deseos personales y las nuevas responsabilidades como madre. Esta nueva etapa predispone a cambios bioquímicos y estrés psicológico que pueden generar una variedad de emociones intensas, desde el entusiasmo y la alegría hasta el miedo y la ansiedad, que pueden llegar a desencadenar DPP. La DPP está incluida en el DSM-5 bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal” que se define como la depresión que comienza durante los primeros 12 meses después del parto, con síntomas de forma diaria durante al menos dos semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que la depresión en mujeres que no están embarazadas ni en el periodo posparto (6,20,21).

3.2.3. Prevalencia de la depresión posparto

Los trastornos depresivos siguen siendo un problema de salud pública, con un aumento significativo en las últimas décadas. Según la OMS, la depresión afecta a cerca de 300 millones de personas en todo el mundo, siendo especialmente prevalente entre las mujeres. Constituye la cuarta causa de discapacidad en el mundo, y es responsable de al menos 850 mil muertes cada año, principalmente suicidios (1).

La DPP afecta al 6,9 a 12,9% de las mujeres en los países desarrollados, y entre el 20% y el 40% en aquellos en vía de desarrollo, siendo una de las complicaciones más comunes en el período posparto (9). Además, esta condición es más frecuente en madres adolescentes, con una prevalencia del 26%, y en mujeres con bajos recursos económicos, donde alcanza el 38,2% (21).

En Estados Unidos, se estima que una de cada ocho mujeres padece esta patología tras el parto, lo que equivale aproximadamente a un millón de casos anuales. A nivel mundial, la incidencia es del 15% (6). En España, se estima que afecta entre el 6% y el 18% de las mujeres, mientras que en Cataluña la prevalencia alcanza el 18% (4).

3.3. **Características de la depresión postparto**

3.3.1. Manifestaciones clínicas

La (DPP) se caracteriza por una serie de síntomas emocionales, físicos y cognitivos que pueden variar de forma gradual o repentina. Los síntomas más comunes incluyen:

- Emocionales: cambios intensos en el estado de ánimo, tristeza, sentimientos de desesperanza y pérdida de interés en actividades previamente disfrutadas.
- Físicos: dolores de cabeza, malestar físico general, trastornos del sueño (insomnio o exceso de sueño) y cansancio extremo.

- **Cognitivos:** dificultad para concentrarse, problemas de memoria y pensamientos negativos o autocríticos.

Además, las mujeres con DPP suelen experimentar preocupaciones excesivas sobre el bienestar del bebé o, por el contrario, falta de interés en él. También se presentan sentimientos de culpa, frustración y la sensación de ser incapaz de manejar la situación, lo que puede generar sentimientos de soledad e impotencia. En algunos casos, pueden aparecer pensamientos de muerte o ideación suicida, así como síntomas físicos de ansiedad, como dolor o palpitaciones (3).

3.3.2. Etiología

La depresión postparto (DPP) no tiene una única causa, varios factores contribuyen (22):

Factor	Descripción
Genética	Mujeres con antecedentes familiares de depresión, especialmente si la depresión fue grave.
Cambios físicos	Tras el parto, disminuyen significativamente los niveles de hormonas como el estrógeno y la progesterona, lo que puede desencadenar síntomas depresivos. Además, una abrupta disminución de las hormonas tiroideas puede generar cansancio y otros síntomas.
Problemas emocionales	Incluyen la falta de sueño, ansiedad sobre el cuidado del bebé, pérdida de identidad, sentirse menos atractiva o perder el control sobre la vida.
Entorno	Vivir en un entorno conflictivo o haber sufrido traumas físicos o psicológicos, pérdidas importantes o cambios significativos en la vida.
Historia Clínica	Haber experimentado episodios previos de depresión, padecer enfermedades físicas graves o crónicas, usar ciertos medicamentos o tener antecedentes de abuso de alcohol y drogas.

Tabla 1: Etiología de la DPP

3.3.3. Factores de riesgo

La depresión posparto y perinatal puede afectar a cualquier mujer, pero ciertos factores aumentan el riesgo de desarrollarla (23):

- Antecedentes de depresión.
- Trastorno bipolar.
- Complicaciones durante el embarazo.
- Problemas económicos, de desempleo, de apoyo social y de relación con la pareja/cónyuge.
- Situaciones estresantes durante el embarazo o 12 meses antes.
- Problemas de salud del bebé.
- Dificultades en la lactancia.
- Embarazo múltiple, en <20 años y no deseado.
- Cambios hormonales.
- Consumo de sustancia de abuso.

Las madres con un historial de DPP en embarazos previos tienen un riesgo de recurrencia del 50-60% en los futuros embarazos (23).

3.4. Métodos de detección y prevención

3.4.1. Instrumentos de evaluación

Las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre salud mental en el periodo prenatal y posnatal sugieren que todas las mujeres deben ser evaluadas para detectar síntomas graves del estado de ánimo durante el embarazo y el posparto. Esta evaluación debería llevarse a cabo en cada consulta que la paciente tenga con cualquier profesional de la salud (6).

Existe una serie de herramientas que nos permite evaluar estos síntomas, entre las cuales se encuentra; la Entrevista Clínica Estructurada, la Escala de Depresión Posparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, el Cuestionario de Depresión de Beck II, el Cuestionario sobre la Salud del Paciente, y las preguntas de Whooley ([anexo 2](#)).

Sin embargo, debido a su rapidez y simplicidad tanto en la aplicación como en la interpretación, la herramienta más utilizada en la actualidad es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (6,21) ([anexo 3](#)) .

La EPDS, desarrollada por Cox, Holden y Sagovsky, fue creada para ayudar a los profesionales de atención primaria a realizar un diagnóstico preciso de la DPP (20). Esta escala ha sido validada en múltiples países y muestra una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad del 82% para medir la intensidad de la depresión en los últimos siete días posteriores al parto (11).

La escala se compone de 10 ítems organizados en dos factores principales: tristeza y ansiedad. Cada pregunta ofrece cuatro opciones de respuesta, puntuadas de 0 a 3 según la gravedad de los síntomas percibidos en la mujer durante los últimos siete días. A través de esta herramienta, se evalúan aspectos como ansiedad, culpa, disforia, dificultades de concentración e ideaciones suicidas (20). El puntaje total de la escala oscila entre 0 y 30. Una puntuación mayor a 12 durante el embarazo o superior a 10 en el posparto muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Por otro lado, las mujeres que obtienen entre 5 y 9 puntos, pero con algunos síntomas depresivos, deben ser reevaluadas en un plazo de 2 a 4 semanas para realizar un seguimiento de la evolución de los síntomas (9). Es importante tener en cuenta que cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa

que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente ya que se trata sobre intento de autolisis (4).

Para realizar una evaluación fiable de la DPP, es necesario llevar a cabo un proceso en dos etapas. En primer lugar, se utiliza esta escala a las ocho semanas posteriores al parto. Si el puntaje obtenido es elevado, se debe derivar a un especialista para que realice entrevistas diagnósticas estandarizadas (20). Además de la EPDS, otra herramienta es el Cuestionario de Depresión de Beck (BDI), una escala genérica utilizada para detectar síntomas depresivos. Sin embargo, la EPDS está específicamente diseñada para evaluar la DPP (4).

El BDI es una herramienta de autoevaluación utilizada a nivel mundial para medir la depresión. Está compuesto por 21 ítems e identifica y evalúa la intensidad de los síntomas depresivos en adolescentes a partir de 17 años y en adultos. La puntuación se obtiene sumando los valores de cada ítem, clasificándose desde depresión mínima (de 0 a 9 puntos), hasta depresión severa (de 30 a 63 puntos) (4).

3.4.2. Algoritmo de detección y derivación

El primer mes tras el parto es el periodo de mayor riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos. Muchas veces, los síntomas de estos trastornos pasan desapercibidos durante el embarazo y el puerperio, ya que se consideran propios de esta etapa. Por ello, es fundamental distinguir entre una reacción emocional normal y un trastorno patológico (4).

La valoración psicológica de la madre comienza con una entrevista para identificar y expresar sus sentimientos frente al cuidado del recién nacido. También se analiza si la madre se siente abrumada y se evalúa su interacción con el bebé. Asimismo, se valoran factores como la autoestima, la fatiga, el apoyo disponible y el nivel de satisfacción general. Este proceso debe realizarse en varias ocasiones para diferenciar entre simple cansancio y síntomas depresivos (24).

Cribado de la DPP

El periodo comprendido entre el embarazo y el posparto son los momentos idóneos para realizar una adecuada valoración del riesgo de DPP de las mujeres, puesto que es un momento durante el cual se mantiene un contacto más intenso con los servicios sanitarios.

Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una DPP:

1. Durante el último mes: “¿Se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”
2. Durante el último mes: “¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionan placer?”

Si la respuesta es negativa, no es necesario continuar. Si es afirmativa, se recomienda utilizar la EPDS para confirmar la presencia de depresión. Esta herramienta puede emplearse durante las primeras 6 semanas posparto y en cualquier momento hasta los 12 meses tras el parto para identificar síntomas depresivos (24).

Protocolo de derivación

En el hospital, antes del alta, se debe valorar el estado emocional de las madres, entorno, red de apoyo y recursos. Para ello se formulan las dos preguntas mencionadas anteriormente ([anexo 4](#)).

Si no se detectan síntomas de tristeza puerperal, el seguimiento continúa en atención primaria a cargo de la matrona, ya que los síntomas pueden aparecer con posterioridad al alta y pueden detectarse días después. La primera visita con la matrona es a los 7 y 10 días tras el parto, en esta visita, se evalúa la recuperación física, la lactancia y el estado emocional de la madre. Y luego se realiza una segunda visita a las 6-8 semanas.

Si la matrona no detecta alteraciones del estado emocional, le ofrece apoyo ante cualquier problema o alteración del estado de ánimo y se le da de alta. Sin embargo, si hay indicios de tristeza o depresión tras realizar las dos preguntas iniciales, se pasará la EPDS, en caso de ser positiva se deriva a su médico de familia quien realizará la derivación a salud mental y si es negativa se continuará el seguimiento (24).

3.4.3. Prevención de la depresión posparto

El personal de enfermería tiene la capacidad de implementar medidas preventivas para evitar o reducir los trastornos depresivos durante el posparto, especialmente cuando se identifica desde el principio que la madre podría experimentar una depresión puerperal. En este sentido, enfermería puede intervenir de manera preventiva mediante la realización de cuidados tales como (4):

- Detección temprana: Realizar una evaluación continua de la salud mental de la madre durante el embarazo y el posparto, utilizando herramientas como la EPDS para identificar posibles signos de depresión de forma temprana.

- Fomentar el apoyo social: Promover la creación de redes de apoyo que incluyan a la pareja, familiares y amigos, lo cual es esencial para prevenir el aislamiento social y mejorar el bienestar emocional de la madre.
- Información y educación: Brindar a las futuras madres información relevante sobre el embarazo, el parto y el posparto, además de enseñarles a identificar los primeros síntomas de depresión. También es importante ofrecerles apoyo para afrontar los cambios que implica la llegada del bebé al hogar.
- Promoción del autocuidado: Incentivar a las madres a practicar hábitos saludables, como llevar una alimentación balanceada, hacer ejercicio regularmente y descansar adecuadamente, lo cual contribuye a su bienestar general.
- Técnicas de relajación: Enseñar a las madres técnicas de relajación y manejo del estrés, para ayudarles a reducir la ansiedad y mejorar su salud emocional durante el periodo postnatal.

3.5. Manejo y tratamiento

El tratamiento de la depresión posparto incluye medidas generales, psicoterapia y fármacos:

Medidas generales: psicoeducación es clave para informar a la madre y familia sobre la enfermedad, el cuidado de los ritmos circadianos y el relevo o asistencia en el cuidado nocturno del bebé, favoreciendo así el descanso de la madre y la prevención de síntomas más graves (25).

Psicoterapias: se recomiendan la cognitivo-conductual y la interpersonal, Programa de Intervención Psicosocial (PIP). La PIP se centra en la transición de roles, la adquisición de habilidades vinculadas a la maternidad y la mejora de relaciones interpersonales, siendo especialmente útil para mujeres con dificultades sociales y familiares (25,26).

La farmacoterapia: para la depresión posparto debe equilibrar riesgos y beneficios, especialmente durante la lactancia. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más utilizados en madres lactantes, siendo la sertralina el más empleado, seguida del citalopram como una buena opción. Aunque los antidepresivos pasan en pequeñas cantidades a la leche materna, raramente causan problemas en el lactante, pero ante síntomas anormales, se debe suspender la lactancia. El tratamiento suele mantenerse al menos 12 meses. Los suplementos de ácido fólico podrían tener un efecto beneficioso según estudios científicos. Además, la brexanolona y la zuranolona, son nuevos tratamientos. La brexanolona, administrada por vía intravenosa, actúa rápidamente en 48-60 horas para reducir los síntomas de

depresión posparto moderada-grave, aunque su alto coste y la necesidad de hospitalización limitan su uso. Por otro lado, la zuranolona, un derivado de la progesterona es el primer tratamiento oral aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) en 2023, aunque aún no está aprobada en Europa (25,26).

El tratamiento preventivo de la depresión posparto es crucial para las mujeres con antecedentes de DPP, ya que presentan un riesgo elevado de recidivas. En un estudio, las madres que tomaron sertralina inmediatamente después del parto tuvieron solo un 7% de recidiva, mientras que el 50% de las que recibieron placebo experimentaron recaídas (25).

Complicaciones en el tratamiento

A pesar de la existencia de recursos terapéuticos eficaces, muchas mujeres con depresión posparto no acceden al tratamiento adecuado. Diversas barreras, tanto personales como del sistema sanitario, pueden dificultar la detección y el abordaje oportuno de esta condición (26).

Barreras por parte de la mujer:

- Falta de información sobre los trastornos mentales perinatales.
- Atribución de los síntomas a causas externas o simplemente al posparto.
- Desconocimiento sobre dónde y a quién pedir ayuda.
- Desconocimiento sobre la posibilidad de combinar tratamientos farmacológicos con la lactancia.

Barreras por parte de los profesionales:

- Falta de tiempo y recursos para evaluar los síntomas depresivos perinatales.
- Dificultades en acceder a asesoramiento externo en salud mental perinatal.
- Insuficiente tiempo para contactar y coordinar con servicios adecuados de referencia.
- Acceso limitado para derivar a los servicios de salud mental.

Apoyo social y autoayuda:

El apoyo social y las estrategias de autoayuda han demostrado ser fundamentales en el abordaje integral de la depresión post parto y favorecer la recuperación emocional de la madre (26).

- Grupos de apoyo: participar en grupos de apoyo con otras madres que experimentan depresión posparto puede ofrecer un sentido de comunidad y comprensión, así como compartir estrategias de afrontamiento útiles.
- Ejercicio y cuidado personal: El ejercicio regular, una dieta saludable y prácticas de cuidado personal pueden mejorar el estado de ánimo y reducir los síntomas depresivos en mujeres con depresión posparto.

3.6. Impacto multidimensional de la depresión postparto

La DPP afecta no solo a las madres, sino que también tiene repercusiones hacia el bebé, la familia y la sociedad en general.

- La madre: Afecta su bienestar físico y emocional, llegando a experimentar síntomas como tristeza profunda, ansiedad, fatiga extrema, irritabilidad y dificultades para vincularse con su bebé. Interfiriendo en su capacidad para cuidar de sí misma y de sus hijos. Así como también, generar aislamiento social, dificultando su reintegración laboral y personal (11).
- El bebé: Los hijos de madres con DPP pueden mostrar problemas en el desarrollo, como mayor irritabilidad, dificultad para regular sus emociones y mayor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos en el futuro. También pueden experimentar alteraciones en el sueño y la alimentación. A largo plazo, puede influir negativamente en su rendimiento escolar y en su capacidad para establecer relaciones sociales (11).
- La familia: La DPP puede desestabilizar la estructura familiar. La pareja puede experimentar estrés adicional debido a la falta de comunicación y al aumento de las responsabilidades. Esto puede derivar en conflictos, distanciamiento emocional e incluso ruptura de la relación. Los otros hijos del núcleo familiar también pueden verse afectados, experimentando sentimientos de abandono o incompreensión, lo que puede repercutir en su conducta o rendimiento escolar.
- La sociedad: En términos sociales, la DPP genera importantes costos económicos debido al aumento en la demanda de servicios de salud, incluyendo consultas médicas, hospitalizaciones y terapias. Además, afecta la productividad laboral de la madre y, en algunos casos, de su pareja o familiares que asumen roles de cuidado adicionales. Asimismo, los niños afectados pueden requerir apoyo educativo y psicológico adicional, lo que implica un mayor uso de recursos comunitarios.

3.7. Rol de la enfermera pediátrica y protocolo

3.7.1. Rol de la enfermera pediátrica

La enfermera pediátrica es responsable de proporcionar atención integral al niño sano desde la primera visita, que se realiza entre el quinto y el décimo día después del nacimiento. A partir de ese momento, se realizan varias visitas de seguimiento para asegurar el bienestar del niño, monitorizando su crecimiento, desarrollo y salud. Si bien el enfoque principal es el bienestar infantil, estas visitas también permiten a la madre establecer una relación de confianza con la enfermera pediátrica, facilitando que pueda expresar sus inquietudes sobre el bienestar de su hijo (27).

Debe estar atenta a los posibles signos de depresión en la madre, observando interacciones como la falta de contacto visual o la dificultad en el vínculo madre-hijo durante las visitas. Dado que no existen protocolos estandarizados sobre la depresión posparto en las consultas de atención primaria en su práctica, la enfermera se basa en su juicio clínico, observaciones no verbales y la información que la madre pueda compartir de manera voluntaria (28).

Si se detectan señales de alerta, la enfermera tiene la responsabilidad de derivar a la madre a profesionales especializados y brindar el apoyo necesario para garantizar el bienestar tanto de la madre como del niño (28).

La depresión posparto puede tener efectos adversos en el desarrollo del bebé, como retrasos en el desarrollo, dificultades sociales y en las interacciones con la madre, afectando su crecimiento y desarrollo cerebral. Además, las madres con depresión posparto tienen menos probabilidades de seguir las recomendaciones de salud y seguridad, lo que puede repercutir en las prácticas de alimentación y sueño del bebé. Las enfermeras pediátricas deben ser conscientes de estos riesgos, ya que su intervención temprana puede ayudar a mitigar estos efectos (28).

Los bebés de madres con DPP también tienen menos probabilidades de asistir a las consultas de seguimiento, seguir el calendario de vacunaciones y, en general, pueden hacer un uso más frecuente de los servicios de urgencias. Por lo tanto, el papel de la enfermera pediátrica va más allá de la vigilancia del niño; también implica estar atenta a las señales que puedan indicar que la madre necesita apoyo, asegurándose de que tanto el niño como la madre reciban la atención necesaria (28).

3.7.2. Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña: cribado de patología mental

La evaluación, detección, manejo y tratamiento de los problemas de salud mental en la mujer durante el embarazo y el puerperio son fundamentales para garantizar buenos resultados en la salud de la madre y el bebé. Sin embargo, estas patologías suelen pasarse por alto debido al estigma social, la dificultad de abordar ciertos problemas psicológicos, los riesgos asociados a la medicación psicotrópica durante el embarazo y la lactancia y la falta de dispositivos especializados en salud mental perinatal (15,38).

Si no se detectan y tratan a tiempo, los problemas de salud mental pueden persistir durante años, afectando tanto a la mujer como a su entorno familiar. Por ello, es necesario intervenir durante el embarazo y el puerperio para evaluar y tratar adecuadamente estos problemas, incluso en mujeres con trastornos mentales previos que planean un embarazo.

- **Durante la primera visita (6-10 semanas de gestación)**, se realiza una anamnesis detallada, revisando antecedentes familiares y personales de enfermedades mentales, consumo de sustancias, estado emocional, relaciones interpersonales y factores ginecológicos y obstétricos que puedan influir en la salud mental.
- **En la segunda visita (12-14 semanas)**, se utiliza el cuestionario de Whooley para detectar síntomas de depresión y ansiedad.

Si la respuesta a las cuatro preguntas es negativa, se considera un cribado negativo para depresión y ansiedad, y se repetirá el cuestionario en las semanas 29-30 de gestación. Pero si la mujer responde afirmativamente a algunas de las cuatro preguntas, se considera que el cribado es positivo y se aplica la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Un puntaje superior o igual a 13 o respuestas preocupantes en ciertos ítems indican la necesidad de derivación a especialistas para diagnóstico y tratamiento (15,38).

- **En la tercera visita (29-30 semanas)**, se repite el cuestionario de Whooley para monitorizar el estado mental de la gestante.
- **Tras el parto**, a las seis semanas se vuelve a aplicar el EPDS en la consulta postparto.
 - Si las puntuaciones son inferiores a 9, el cribado es negativo.
 - Si las puntuaciones son superiores a 11 o el ítem 10 es positivo, se debe derivar a la paciente para evaluación y diagnóstico con el equipo de psicología del ASSIR y el médico de familia.

- Si las puntuaciones están entre 9 y 11, se debe repetir la EPDS a las dos semanas siguientes.
- **Durante los primeros 15 días del puerperio**, se realiza un seguimiento domiciliario o en consulta para valorar la evolución de la madre, el vínculo con el bebé, su capacidad de autocuidado y el apoyo familiar, con especial atención a síntomas depresivos.

3.8 Integrar la Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegart Peplau: Impacto multidimensional de la depresión posparto

La Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau es una teoría fundamental en enfermería que subraya la importancia de la interacción entre la enfermera y el paciente como base para la humanización del cuidado. Peplau, conocida como la “madre de la enfermería psiquiátrica”, propuso que el núcleo central de la práctica enfermera es la relación interpersonal terapéutica, donde ambas partes enfermera y paciente-participan activamente. Se centra en la interacción entre una persona que necesita ayuda y una enfermera capacitada para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente (29).

Conceptos fundamentales

- **Persona (Paciente):** atender a las personas en momentos en que presentan necesidades y requieren ayuda, abordando su situación a través de relaciones interpersonales que favorezcan el vínculo y permitan establecer una relación terapéutica.
- **Enfermera:** agente facilitador que acompaña y ayuda a la persona a identificar el problema y a resolverlo mediante la comunicación, la empatía y el conocimiento profesional.
- **Salud:** podemos situarla como un proceso dinámico que cambia y evoluciona con la ayuda de los profesionales y ayuda en la resolución de problemas.
- **Entorno:** donde se desarrolla la relación enfermera-paciente.

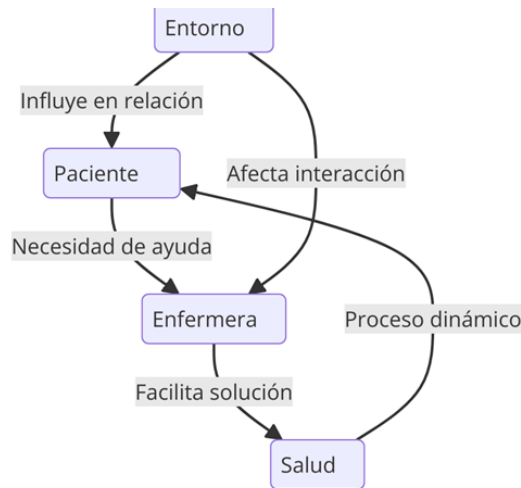


Ilustración 1: Conceptos fundamentales. Elaboración propia.

Peplau estructuró la relación enfermera paciente en cuatro fases:

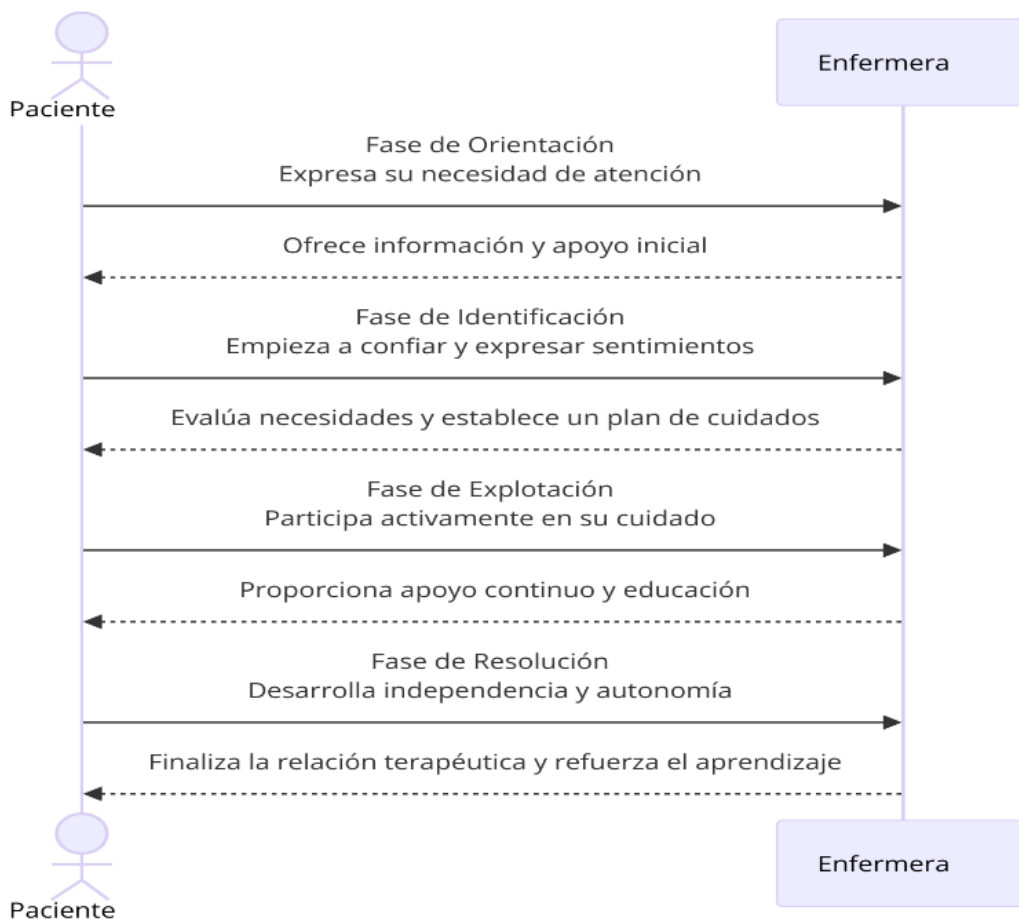


Ilustración 2: Fases relación enfermera paciente. Elaboración propia.

Pueden existir múltiples factores que dificulten la relación la relación enfermera-paciente:

- a. Entorno social: Suele priorizar la eficiencia y productividad lo que puede conllevar a un cuidado más despersonalizado.
- b. Estructura sanitaria: El cambio continuo de personal y la dificultad a veces a acceder a los servicios, puede conllevar a una incertidumbre que puede afectar a las personas.
- c. Formación académica: Tenemos profesionales altamente cualificados, cabe destacar que en los últimos tiempos se potencia la formación de las mujeres no siempre para los objetivos que querríamos.
- d. El papel del paciente: La elevada confianza en la tecnología por parte del paciente, reduce el cuidado a relaciones funcionales en lugar de personales.

La teoría de Hildegard Peplau destaca las relaciones interpersonales en el trabajo de las enfermeras, lo que contribuye a una humanización de los cuidados., fundamental para este trabajo. Su modelo nos lleva a un enfoque más El modelo de Peplau es recomendable como orientación para el abordaje integral de la depresión postparto desde enfermería, siempre en coordinación con otros profesionales para asegurar un abordaje multidisciplinario efectivo (29).

4. METODOLOGÍA

4.1. Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo con el propósito de analizar el estado actual del conocimiento sobre la detección, prevención y manejo de la DPP en el ámbito de la atención primaria, con un enfoque específico en el papel de las enfermeras pediátricas. Se puede encontrar todo el desarrollo de la revisión bibliográfica en el [\(anexo 5\)](#).

4.2. Diseño del estudio

Nuestro trabajo se fundamenta en una metodología cualitativa con un enfoque descriptivo exploratorio, que nos permite describir las percepciones, experiencias y desafíos que enfrentan las enfermeras pediátricas de Atención Primaria (AP) en la detección y manejo de la depresión posparto (DP). Este enfoque nos permitirá identificar sus vivencias y perspectivas, para posteriormente poder describir cómo perciben su trabajo, las barreras que enfrentan y las estrategias que emplean en su práctica clínica. Asimismo, los hallazgos podrán contribuir al desarrollo de propuestas orientadas a fortalecer su intervención y a responder a sus necesidades reales.

Población y muestra:

La población objeto de estudio son profesionales de enfermería que desempeñan funciones en consulta de pediatría en centros de atención primaria del Camp de Tarragona.

La muestra estuvo compuesta por 5 enfermeras que trabajan en las consultas de enfermería pediátrica del centro de atención primaria Botafoc de El Vendrell, Tarragona. Estas profesionales fueron elegidas por su experiencia específica, lo que las convierte en informantes clave para el estudio. El muestreo por conveniencia se justifica por la facilidad de acceso a las enfermeras en los centros seleccionados, lo que facilita la obtención de participantes que cumplen con las características necesarias para el estudio.

Participantes

ENFERMERA	EDAD	SEXO	AÑOS DE EXPERIENCIA EN PEDIATRÍA	FORMACION ACADÉMICA	¿ESPECIALIDAD EN PEDIATRÍA?	OTROS DATOS
E1	48	D	23	Postgrado de pediatría. Cursos de formación.	SI	Siempre ha sido enfermera peditra.
E2	48	D	16	Máster de enfermera comunitaria. Cursos de formación.	NO	Trabajo anteriormente en la Vall de Hebrón, en la unidad de agudos y en geriatría.
E3	40	H	1	Cursando el CADÍ Cursos de formación.	NO	Trabajo anteriormente en ATC i cómo auxiliar de enfermería en Bellvitge.
E4	33	D	9	Máster el CADÍ Máster de urgencias. Cursos de formación.	NO	1 año y medio en adultos.
E5	43	D	22	Postgrado de pediatría Máster de enfermera escolar. Máster de pediatría Cursos de formación.	SI	Siempre ha trabajado como enfermera peditra.

Tabla 2: Participantes en el estudio

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermeras que trabajen en consultas de enfermería pediátrica en centros de atención primaria. 2. Experiencia profesional en el área pediátrica. 3. Consentimiento informado para participar en el estudio y en el grupo focal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermeras que no trabajen en el ámbito de Atención Primaria o que no estén involucradas en las consultas de enfermería pediátrica. 2. Enfermeras que no tengan contacto directo con madres en el período post parto, depresión postparto.

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Técnicas de recogida de datos

La técnica seleccionada para la recogida de datos fue el grupo focal que permitió explorar las percepciones y experiencias de los y las participantes a través del diálogo colectivo en torno a un tema compartido. Esta dinámica generó un espacio de intercambio en el que las opiniones fueron confirmadas, debatidas o modificadas mediante la interacción grupal, sin necesidad de alcanzar un consenso. A través del debate, se estimuló que emergieran nuevas ideas y se profundizó en los significados subjetivos vinculados al fenómeno del estudio, lo que facilitó el acceso a una variedad de perspectivas y percepciones que difícilmente podría haberse obtenerse mediante entrevistas individuales, favoreciendo la construcción colectiva del conocimiento y el análisis crítico de la realidad por parte de los participantes (30).

Para contactar con las participantes antes de la realización del grupo focal, se utilizó el contacto de la adjunta a la dirección del centro, que facilito el acceso a las enfermeras

de Atención Primaria. El grupo focal se llevó a cabo el día 06/02/2025 en una sala del Centro de Atención Primaria (CAP) Botafoc, con una duración aproximada de una hora, iniciado a las 13:40 h y finalizado a las 14:45 h. Participaron cinco enfermeras pediátricas de Atención Primaria que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos previamente. La sesión fue conducida por una moderadora y contó con la presencia de una observadora. La moderadora siguió un guion de preguntas semiestructuradas ([anexo 6](#)), elaboradas a partir de los objetivos y la revisión bibliográfica, mientras que la observadora se encargó de documentar las reacciones y el lenguaje no verbal de las participantes.

El encuentro fue grabado en audio, previa obtención del consentimiento informado de todas las participantes, para su posterior transcripción y análisis. Se garantizaron la confidencialidad y el anonimato de las participantes mediante el uso de códigos (E1, E2...).

Análisis y Categorización

En la fase preanalítica, se llevó a cabo la transcripción de la grabación y la elaboración de un listado de temas clave.

En el proceso de análisis interpretativo, se siguieron los siguientes pasos:

- Organización y clasificación de los datos narrativos.
- Creación de citas y codificación de los fragmentos relevantes.
- Establecimiento de categorías y construcción de un marco explicativo.

Este análisis permite que la interpretación se origine a partir de los datos recopilados de manera sistemática. Este comienza con la descripción de la información, continúa con su análisis y clasificación, y finaliza con la teorización, en la que se construyen significados a partir de los hallazgos. La codificación y categorización se realizaron tomando como referencia los objetivos de la investigación y las suposiciones del estudio (31).

4.3. Aspectos éticos

En el presente estudio se garantizará la confidencialidad de la información de acuerdo con el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Asimismo, cualquier información o conocimiento, ya sea tecnológico, científico, industrial, comercial, organizativo o financiero, que cumpla los criterios establecidos en la Ley 1/2019, de 20 de febrero, sobre secretos empresariales, será considerado confidencial. Este trabajo cumple con todos los requisitos del comité de ética del CEIPSA, Referencia: **CEIPSA-2024-TFG-0183**.

Para garantizar que todas las personas que contribuyeran a este estudio lo hicieran de forma voluntaria y pudieran escoger libremente tanto su participación como su retirada en cualquier momento, se proporcionará un documento de consentimiento informado ([anexo 9](#)), y una hoja informativa ([anexo 8](#)), la cual incluirá el título del estudio, los responsables y la universidad, los objetivos, la duración, la metodología, así como la garantía de confidencialidad y protección de datos, los posibles riesgos y beneficios, el carácter voluntario de la participación y los datos de contacto para resolver cualquier duda o solicitar información adicional.

En todo momento, se mantendrá la confidencialidad de la información obtenida, manteniéndose el anonimato de los participantes. Asimismo, se ofrecerá a los participantes la oportunidad de conocer los resultados del estudio.

4.4. Cronograma

El desarrollo del trabajo se ha planificado cuidadosamente para garantizar la correcta ejecución de todas las fases, desde la preparación inicial hasta la redacción final del trabajo ([anexo 7](#)).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Una vez realizado el grupo focal y transcrita la información, se categorizaron los resultados del análisis en seis grandes temas: formación y actualización profesional, experiencia en la práctica profesional, importancia del seguimiento en la consulta pediátrica, rol de la enfermera pediátrica y manejo de la DPP, beneficios y barreras del seguimiento de la DPP y necesidad de mejora y propuestas.

Nuestros resultados y discusión se desarrollarán a partir del objetivo de la investigación, analizando cada categoría en profundidad y contrastando los hallazgos con la literatura existente.

<u>Categorías</u>	<u>Subcategorías</u>	<u>Descripción</u>
a. Formación y actualización profesional	Formación continuada	Hace referencia al conocimiento y desarrollo continuo de las enfermeras pediátricas. Incluye los posgrados, másteres, congreso, y cursos en los que hayan participado. Así como las limitaciones que encuentran para formarse.
	Limitaciones en la formación	
b. Experiencia en la práctica profesional		Tiempo que las participantes llevan ejerciendo como enfermeras, tanto en el ámbito general como en el pediátrico. Abarca aspectos como los años de experiencia, si han trabajado siempre en pediatría o han pasado por otras unidades, y cómo su trayectoria ha influido en su desarrollo profesional.
c. Importancia del seguimiento en la consulta pediátrica	Casos reales de madres con DPP	Aborda la relevancia de un buen seguimiento en las consultas pediátricas, basado en los casos reales que han tenido las participantes en consulta. Habla de cómo el control regular no solo sirve para ver el crecimiento del niño, sino también para detectar las señales de alerta y brindar un acompañamiento precoz. También incluye experiencias donde un buen seguimiento ha marcado la diferencia, así como las dificultades que se encuentran en el día a día.

d. Rol de la enfermera pediátrica y manejo de la DPP	Signos y síntomas	Engloba las estrategias de detección temprana y manejo de la depresión posparto mediante herramientas de cribado y evaluaciones clínicas, destacando el rol clave de la enfermera pediátrica para intervenir oportunamente y evitar complicaciones. Asimismo, enfatiza la importancia de la colaboración interdisciplinaria y la optimización de recursos, con el fin de brindar una atención integral y de calidad.
	Coordinación interdisciplinaria y trabajo en equipo	
e. Beneficios y barreras del seguimiento de la DPP		Examina los beneficios y obstáculos que dificultan la identificación, el diagnóstico y el manejo de la Depresión Postparto (DPP) en el ámbito sanitario.

Tabla 4: Tabla de Categorías

a. Formación y actualización profesional

La formación académica y la actualización profesional continua son elementos esenciales para que las enfermeras pediátricas puedan desempeñar de manera efectiva su papel en la detección, prevención y manejo de la depresión posparto

Formación continuada

La formación continua es esencial para el desarrollo profesional de las enfermeras tal y como dice el Código Deontológico de la Enfermería Española: "*Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende*" (32). Los profesionales de enfermería han de conocer las últimas novedades científicas y tecnológicas sanitarias. Como bien apuntaba Florence Nightingale: "Para nosotras que nos dedicamos a la Enfermería, nuestra profesión es algo en lo que, a menos que hagamos progresos cada año, cada mes, cada semana, creedme, retrocedemos". Lo decía en 1872, dirigido a las enfermeras de la St. Thomas School y, como tantas otras cosas que afirmó, sigue manteniendo hoy su valor y su actualidad (33).

E1: *“...todas nos formamos anualmente, sale el curso de vacunas, vamos a congresos de pediatría y presentamos pósteres, ponencias, la formación es cada año [...]”*

Es fundamental que las instituciones de salud fomenten y faciliten la formación continuada de las enfermeras, ya que esto contribuye a una mejor calidad de atención y mayor seguridad en el entorno laboral. Del mismo modo, es esencial que aprovechen estas oportunidades de aprendizaje, ya que les permitirá mejorar sus habilidades, fortalecer sus competencias y desempeñarse de manera más efectiva, llevando incluso su formación a niveles de postgrados, másteres y especialización (34).

E4: *“De másteres al final de primaria el principal el CADÍ, un máster de pediatría...”*

E3: *“[...] máster estoy cursando ahora mismo el CADÍ [...]”*

E2: *“[...] el máster de enfermería comunitaria [...]”*

Aunque la enfermera pediátrica llega tener una formación de especialización, esta no es reconocida por los estamentos oficiales, ni retribuida adecuadamente. Sería necesario un reconocimiento de las competencias adquiridas. De las cinco enfermeras participantes en el grupo focal, la **E1** y la **E5** contaban con la especialidad en Enfermería Pediátrica (35,36).

Limitaciones en la formación

Las principales dificultades para asistir a cursos de formación son la falta de presupuesto para suplencias y la programación fuera del horario laboral (37). La imposibilidad de cubrir las horas de ausencia y la sobrecarga de trabajo son factores que dificultan la participación en la formación.

E2: *“[...] y la dificultad que a lo mejor también tenemos en que nos cubran las horas para poder hacer el curso.”*

E1: *“Tenemos muchísimas visitas, hasta las dos de la tarde, y [...]”*

E2: *“Y no hay gente para cubrir.”*

Además, influyen factores como la metodología, el formato y la baja inscripción, lo que en ocasiones lleva a la cancelación de los cursos (37).

E2: *“Hay algunas veces que nos ofrecen cursos, nos apuntamos, por decirte 10 personas, y porque somos muy pocas, pues se anula el curso.”*

A pesar de querer seguir formándose, el acceso a la formación no siempre es facilitado, lo que pone en evidencia la necesidad de estrategias que permitan una capacitación más accesible y equitativa.

b. Experiencia en la práctica profesional

La experiencia laboral de las enfermeras pediátricas tiene un impacto directo en la calidad de la atención prestada, tanto al recién nacido como a la madre. En la teoría de las relaciones interpersonales, Hildegard Peplau defendía que el núcleo central de la práctica enfermera es la relación interpersonal terapéutica (28,29). Esto es confirmado por las enfermeras, quienes destacan la importancia de establecer un vínculo de confianza con las madres en el posparto, lo cual les permite identificar sus necesidades emocionales y psicológicas e intervenir con sensibilidad, empatía y juicio clínico. Esta capacidad se desarrolla gracias a una práctica profesional amplia y diversa, adquirida a través de la experiencia en distintos servicios asistenciales. Por ejemplo, **E1** comentó que había trabajado en pediatría durante 23 años, mientras que otras (**E2, E3 y E4**) habían trabajado en atención primaria, geriatría, agudos o incluso en el extranjero, antes de especializarse en pediatría.

***E2:** “[...] Entonces siempre has trabajado como enfermera pediátrica. Pues no, he estado en primaria, agudos también y luego he estado en el hospital y en geriatría.”*

***E3:** “[...] Y siempre he trabajado como enfermero pediátrico, no. Antes de aquí trabajaba en ATC y antes como auxiliar en Bellvitge.”*

***E4:** “[...] estuve un año o medio año de adultos y antes eh... 9 meses en Inglaterra, como en un geriátrico [...]”*

La teoría de Peplau nos ayuda a entender cómo la experiencia profesional potencia su capacidad para construir relaciones terapéuticas sólidas. Aportándole no solo habilidades técnicas, sino que, también fortaleciendo la capacidad de establecer vínculos basados en la escucha, la confianza y el acompañamiento, elementos clave para identificar señales de alerta y ofrecer una atención centrada en la persona.

c. Importancia del seguimiento en la consulta pediátrica

Las visitas pediátricas de los niños permiten a las enfermeras observar y preguntar a la madre como está e identificar posibles signos tempranos de depresión postparto. Las intervenciones en esta etapa tienen un impacto duradero y permiten detectar necesidades emocionales, sociales y físicas tanto en el bebé como en la madre (38).

Peplau veía la relación entre enfermera y paciente como un proceso en el que ambas partes participan activamente. En las visitas pediátricas, esto se puede ver reflejado en la capacidad de la enfermera para observar, preguntar y escuchar activamente, creando un espacio de confianza donde la madre se sienta segura para expresar sus dificultades.

E1: “Bueno, esta mama que tengo yo en situación social muy difícil [...] con un recién nacido [...] su pareja tiene una hija [...] con problemas. [...] Y se ha saturado [...] le ha salido un brote en la piel [...] Y entonces la derivamos por una depresión postparto”

E2: “[...] bueno, con un bebe de 4 meses y una niña de 2 años y pico casi tres [...] Y claro ya trabaja y le echaba culpaba el marido de todo lo que le pasaba ella [...] con ideas autolíticas también y [...] ha estado un tiempo ingresada [...] Y hable la semana pasada con ella por teléfono y parece estar un poquito mejor [...]”

Los casos clínicos anteriormente expuestos reflejan la importancia de una atención cercana y de una relación enfermera-paciente sólida, tal como plantea Hildegard Peplau en su teoría. Esta interacción permite a la enfermera reconocer señales tempranas de sufrimiento emocional, ansiedad o sobrecarga, e intervenir de forma precoz.

d. Rol de la enfermera pediátrica y manejo de la DPP

A través de las consultas las enfermeras observan signos clínicos emocionales tanto en las madres como en la relación madre-hijo, lo que es clave en el manejo inicial de la DPP y en la coordinación con otros profesionales sanitarios para garantizar una atención integral.

Signos y síntomas

A partir del análisis de los datos recogidos en el grupo focal, se identificaron diferentes signos de alerta. Uno de los principales fue la frecuencia de consultas repetitivas por motivos menos importantes, acompañados de un exceso de preocupación por la salud del bebé. Como señalaba una participante

E1: “[...] la madre llamaba o venía por cualquier cosa, muy preocupada por detalles mínimos, como si respiraba bien [...]”

Otro indicador importante fue la parte emocional y el estrés, Las madres verbalizaban sentirse completamente desbordadas.

E1: "*[...] estaba tan saturada que incluso le salió un brote en la piel del estrés"... La piel te dice mucho, muchas cosas de estrés y está brotada y nos pidió ayuda [...]*"

Las enfermeras relataban que uno de los signos puedes ser cuando las mujeres muestran vivir la maternidad de forma negativa.

E2: "*Si los aspectos que relata del niño son negativos, al final siempre habrá, aunque salga un crío muy demandante, siempre habrá cosas positivas y muchas. Pero si lo que relatan es negativo, al final algo pasa*". Este discurso centrado en dificultades y la ausencia de aspectos positivos puede ser indicativo de un malestar emocional importante."

Entre los signos observados en los casos de depresión posparto, **E2** destacó: "*[...] necesitó medicación y estuvo ingresada, todo lo veía negativo hacia sí misma y hacia su entorno*". En las consultas también se pueden observar dificultades en el vínculo afectivo, como el rechazo o resistencia a coger al bebé en brazos, detectado por **E1**: "*[...] si ves que no quiere coger a la niña en brazos, es un signo de alarma [...]*".

Otra manifestación que relató la enfermera fue la preocupación obsesiva por la salud del bebé, como relató:

E5: "*...una madre venía una y otra vez convencida de que su hija tenía enfermedades graves, aunque no había signos clínicos, y no aceptaba el criterio médico [...]*".

Según relatan las enfermeras también se detectan en algunos casos la violencia de género, un factor muy importante a tener en cuenta en la DPP.

E5: "*...tras varios meses, la madre nos contó que sufría maltrato por parte de su pareja [...]*".

En conjunto, estos signos permiten a las enfermeras pediátricas realizar una vigilancia emocional activa y facilitar una detección precoz de la depresión posparto, favoreciendo así una intervención oportuna y adecuada.

Coordinación interdisciplinaria y trabajo en equipo

El embarazo y el posparto requieren una atención continuada y coordinada entre los servicios de salud sexual y reproductiva (ASSIR), las matronas, los obstetras-ginecólogos y el equipo de pediatría. Esta colaboración permite ofrecer un apoyo integral a la gestante y su familia, valorando tanto su estado emocional como sus necesidades sociales y de crianza (38).

Se evidencia por parte de las enfermeras que una coordinación efectiva se basa en compartir información. En muchas ocasiones son las propias matronas quienes, a través del contacto diario, alertan sobre posibles casos de riesgo.

E1: *"...las matronas nos avisan: 'te va a venir una mamá que sospecho que puede tener depresión posparto, hay que apoyarla mucho [...]'".*

La coordinación no se limita únicamente al ámbito de las matronas, sino que también hay otros profesionales como psiquiatría infantil y psicología. Otros profesionales como las referentes de bienestar emocional, que organizan intervenciones grupales para el apoyo a madres en riesgo de DPP.

E1: *"...si veo un caso complicado, hago una interconsulta en el ordenador, pero muchas veces hablamos directamente con la psicóloga o psiquiatra para ver si deben intervenir o si podemos seguir nosotros".*

No obstante, las enfermeras coinciden en señalar que esta coordinación, aunque cercana, carece de formalidad. La comunicación es mayoritariamente informal, tal y como expresan

E4 y E5: *"[...] nos coordinamos de pasillo o en el café [...]", "[...] te comentan algo rápido si te encuentran, o te envían un correo si el caso es más preocuparte".*

Otro aspecto relevante es que, aunque se realiza un registro básico en la historia clínica, la documentación escrita es poca, dejando constancia solo de los elementos esenciales.

E4: *"[...] escribes lo justo y necesario en el curso clínico, pero lo importante se habla directamente [...]". **Todas lo afirman.***

Finalmente, el hecho de que gran parte de las matronas trabajen también en el hospital local favorece la continuidad de la atención. Aunque la coordinación interdisciplinaria se realiza de forma eficaz gracias a la comunicación interpersonal, se identifica la necesidad de formalizar procedimientos que refuercen esta colaboración para optimizar la detección precoz y el manejo de la depresión posparto.

e. Beneficios y barreras del seguimiento de la DPP

En cuanto a los beneficios, las enfermeras subrayan que, aunque las consultas son breves, durante el seguimiento pediátrico se establece un vínculo de confianza que facilita la identificación precoz de signos de DPP.

E5: *"si ves que una madre necesita más tiempo, puedes adaptarlo, aunque luego tengas que recuperarlo".*

Las enfermeras pediátricas enfrentan diversas barreras que dificultan la adecuada identificación y el manejo de esta problemática. Una de las principales dificultades señaladas por las participantes es la falta de tiempo debido a la alta carga asistencial. Esta limitación de tiempo impide, en muchos casos, realizar una evaluación emocional (28). Y también se menciona la escasez de personal como un obstáculo importante.

E1: *"[...] tenemos muchísimas visitas, hasta las dos de la tarde, y aun así seguimos escribiendo a las dos y media [...]"*.

E5: *"[...] aunque las consultas son personalizadas, el tiempo apremia y hay que cumplir con el número de visitas asignadas".*

E1 y E2: *"no hay gente para cubrir"*

Otra barrera significativa es la falta de formación específica en salud mental perinatal.

E1: *"sobre todo la formación, porque no se da en la carrera y luego depende del interés del profesional en detectar ciertos factores".*

La ausencia de protocolos sobre cómo actuar ante la sospecha de DPP genera inseguridad en la intervención.

E1: *"si hubiera un protocolo y todo el mundo supiera cómo actuar, sería todo más fácil".*

El idioma es otro factor que puede dificultar la comunicación efectiva con algunas madres, especialmente en poblaciones inmigrantes.

E2: *"hay mucha gente extranjera que habla otras lenguas y no hay buena comunicación en algunas cosas".*

En cuanto a los profesionales algunas enfermeras destacan que hay resistencia de las propias pacientes o de su entorno para abordar cuestiones emocionales.

E3: *"[...] por mucho que preguntes o te esfuerces, si es como una pared, es muy difícil avanzar [...]"*.

Para mejorar la detección y el manejo de la depresión posparto en atención primaria, las participantes coinciden en la necesidad de implementar programas de formación especializada, desarrollar protocolos estandarizados, asignar recursos adecuados y promover un entorno que reduzca el estigma asociado a los problemas de salud mental, favoreciendo que las madres puedan expresar libremente sus preocupaciones.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto el papel de las enfermeras pediátricas en la detección y manejo de la DPP gracias a su relación terapéutica cercana y continuada con la madre durante las visitas pediátricas del bebe.

La detección precoz de la DPP se evidencia como un elemento clave que permite prevenir complicaciones y favorecer una intervención temprana que promuevan la salud mental de la madre y el bienestar familiar. Sin embargo, las estrategias utilizadas por las enfermeras pediátricas para detectar la DPP se basan principalmente en su juicio clínico, a través de la observación, la escucha activa y la interpretación de señales de alerta durante las visitas.

La continuidad asistencial permite crear un vínculo de confianza con la madre, favoreciendo el desarrollo de la autonomía y la independencia materna. No obstante, se detectaron limitaciones importantes, como la falta de tiempo disponible en las consultas pediátricas, la poca estructuración del trabajo multidisciplinar, dado que actualmente esta comunicación se da mayoritariamente de manera informal sin coordinación sistemática, principalmente a través de los pasillos. También se deberá tener en cuenta la falta de formación específica y actualizada en salud mental perinatal, y la inexistencia de protocolos específicos y unificados para la detección y el manejo de la DPP.

Ante estos resultados se reafirma la necesidad de la formación, de establecer protocolos de actuación y estructurar el trabajo multidisciplinar. Estas medidas permitirán consolidar el rol de la enfermera pediátrica en la atención integral a la madre y la promoción de la salud mental desde AP.

7. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones que presenta este trabajo fue la muestra utilizada en el grupo focal, aunque se logró obtener información y experiencias enriquecedoras, las conclusiones obtenidas reflejan únicamente la visión de un pequeño grupo de profesionales, lo que podría no representar las diferentes opiniones de otros profesionales sanitarios.

Respecto a futuras líneas de investigación, sería interesante la elaboración y validación de protocolos específicos de cribado de la DPP en las consultas pediátricas. También sería valioso explorar las experiencias de madres que han sufrido DPP y saber su opinión sobre la atención recibida y así poder comprender mejor sus necesidades y expectativas.

En resumen, es importante seguir investigando y dar visibilidad a la DPP, para fortalecer el papel de la enfermería pediátrica en la salud mental de las madres y asegurar que las familias reciban una atención completa, cercana y de calidad en el posparto.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dalda Navarro V, Anadón Ruiz L, Herrera Alegre R, Hernández Vicente N. El impacto de la depresión posparto en la maternidad. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2024;5(2):175. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=9361571>
2. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019;4(6):90-9. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>
3. Jiaming W, Xin G, Jiajia D, Junjie P, Xue H, Yunchuan L. Psychological experience of patients with postpartum depression: A qualitative meta-synthesis. PLOS One [Internet]. 2024;19(11). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0312996>
4. Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriani JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería. Enfermería Cuidándote: La revista científica del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga, [Internet]. 2022;5(3):19-29. doi: <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>
5. Moldenhauer JS. Depresión posparto [Internet]. Manual Merck versión para profesionales. 2022 [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-pr/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
6. Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020;5(2):862-876. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7399124>
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2023 [citado 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

8. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya. *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya* [Internet]. 3a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018 [citad 19 de maig de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/1204>
9. Minotta Rivera AI, Santamaría Relayza PD, Cardona Maya WD. Revisión narrativa sobre la depresión posparto: un problema que cada día es más común. *Revista Chilena Obstetricia Ginecología* [Internet]. 2024;89(4):271-8. doi: <https://doi.org/10.24875/RECHOG.23000122>
10. Deyanova Alyosheva N, Figueres Castel S, García Hoyo G, Mazón García A, Sallán Ferrer BA, Clavero Ara. Herramientas de detección de la depresión postparto. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2022;3(8):208. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8587157>
11. García Salete C, Azagra Becas M, Lázaro Blasco I, Rodríguez Caballero MC, Sancho Fernández A, Jordán Gregorio M et al. Depresión posparto: Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación* [Internet]. 2024;5(3). Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.sabidi.urv.cat/servlet/articulo?codigo=9430724>
12. Alcalá Galve M, López López LP, Quintilla Campodarve L, Peralta Nicolás I, Klaas Fábregas D, Sánchez Acereda P. Intervenciones de enfermería en la depresión postparto [Internet]. 2024;5(7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9792877>
13. Marquez RE, Miller KS. Increasing postpartum depression screening and resources in pediatric primary care: A quality improvement project to enhance provider confidence. *J Pediatric Nurse* [Internet]. 2024;74:116-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.10.040>
14. Thombs BD, Levis B, Lyubenova A et al. Overestimation of Postpartum Depression Prevalence Based on a 5-item Version of the EPDS: Systematic Review and Individual Participant Data Meta-analysis [Internet]. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020;65(12):835-844. doi: <https://doi.org/10.1177/0706743720934959>
15. Departament de Salut. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya [Internet]. 2a ed. Barcelona: Scientia; 2020 [citado 26 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/1203.2>

16. González Uniarte A. Estados emocionales en el postparto [Internet]. 2006;10:5-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985554>
17. Takács L, Putnam SP, Monk C, Kaňková Š, Ullmann J, Abuaish S, et al. (2025). The course of women's emotions from early pregnancy to the postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-15. doi: <https://doi.org/10.1080/02646838.2025.2466622>
18. Carrillo Mora P, García Franco A, Soto Lara M, Rodríguez Vásquez G, Pérez Villalobos J, Martínez Torres D, et al. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2021;64(1):39-48. doi: <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
19. Barrantes Valverde K, Cubero Cubero MF. La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Revista Wimblu* [Internet]. 2014;9(1):29-42. doi: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4942668>
20. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2019;4(7):e261. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>
21. Acuña Alvarado A, Ramírez Zumbado E, Azofeifa Zumbado MF. Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2021;6(9):e712. doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>
22. Ceriani Cernadas JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(3):154-5. doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154>
23. Cafiero PJ, Justich Zabala P. Postpartum depression: Impact on pregnant women and the postnatal physical, emotional, and cognitive development of their children. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2024;122(4). doi: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10217.eng>
24. Cotta Luque VM, Romero Sánchez LM. Algoritmo de detección y derivación de depresión postparto. *Enfermería Cuidándote: La revista científica del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga* [Internet]. 2020;3(3):30-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8457770>

25. Jadresic Enrique M. Depresión postparto en el contexto del hospital general. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2017;28(6):874-80. doi: [10.1016/j.rmcl.2017.10.007](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.007)
26. Ridruejo Martínez I, Aso de Guzmán M, Borniquel Agudo F, Motrel Ferreruela Y, Morales Berges O, Ibarra Mingote L. Depresión postparto: causas, diagnóstico y tratamiento. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2024;5(6):143. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9676603>
27. Currie ML, Rademacher R. The pediatrician's role in recognizing and intervening in postpartum depression. Pediatric Clinics North America [Internet]. 2004;51(3):785-801. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2004.01.008>
28. Glasser S, Levinson D, Bina R, Munitz H, Horev Z, Kaplan G. Primary Care Physicians' Attitudes Toward Postpartum Depression: Is It Part of Their Job? Journal of Primary Care & Community Health [Internet]. 2016;7(1):24-9. doi: <https://doi.org.sabidi.urv.cat/10.1177/2150131915611827>
29. Raile Alligood M. Teoría de las relaciones interpersonales. En: Raile Alligood M, editora. Modelos y teorías en enfermería. 10ª ed. España: Elsevier; 2023. p. 12-14.
30. López A. Investigación cualitativa. Grupos focales y su adaptación en las ciencias sociales. Cuadernos De Sociología [Internet]. 2022;2(4):66-84. doi: <https://doi.org/10.54549/cs.2022.2.4.4539>
31. Viramontes Anaya E. Análisis cualitativo en la investigación. IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH [Internet]. 2024;15:e2074. doi: https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v15i0.2074
32. Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. Madrid: 2023. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo-deontologico-2023.pdf>
33. Amezcua M, Herrera Justicia S. Nightingale: reflejos en la vida y obra de una reformadora. Revista Internacional de Historia y Pensamiento Enfermero [Internet]. 2021;17:e17v0a. Disponible en: Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112021000100024&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112021000100024&lng=es)

34. Jiménez Cruz F. La Importancia de la Educación continua para el desarrollo Profesional de las Enfermeras. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano [Internet]. 2022;3(2):111-24. doi: <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v3i2.39>
35. Cuevas Santos C. Especialidades de Enfermería y ejercicio profesional: situación actual y perspectivas de futuro. Enferm Clin [Internet]. 2019;29(6):357-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.002>
36. Morales Gil IM. Current situation and challenges of pediatric nursing. Anales de pediatría [Internet]. 2023;99(2):79-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.06.001>
37. Garrido Elustondo S, Garcéa Vallejo R, Nogales Aguado P. Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. Elsevier [Internet]. 2002;30(6):368-73. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79049-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79049-5)
38. Departament de Salut, editor. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica Crèixer amb Salut [Internet]. Vol. 1, Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2025. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-adolescencia/02infancia-amb-salut/protocol-preventiu-edat-pediatrica-2025.pdf

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1: pregunta PICO

P	población	Enfermeras Pediátricas de Atención Primaria
I	intervención	Su papel en la detección, prevención y manejo de la depresión posparto
C	comparación	No existes comparación porque es un estudio exploratorio
O	outcome/resultados	Barreras, estrategias, nivel de conocimiento y percepción de la importancia de su intervención

Tabla 5: Preguntas PICO

9.2. Anexo 2: preguntas de Whooley

Preguntas de Whooley
1. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta, mal, deprimida o sin esperanza?
2. Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo molesta por tener poco interés o placer en hacer las cosas?
Considere la posibilidad de una tercera pregunta:
3. ¿Es esto algo para lo que usted siente que necesita o quiere ayuda?
Se considera una tercera pregunta si la respuesta fue "sí" en las 2 preguntas anteriores.

Tabla 6: Preguntas de Whooley

9.3. Anexo 3: escala postnatal de Edimburgo

Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo	
1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	<ul style="list-style-type: none">• Tanto como siempre.• No tanto ahora.• Mucho menos ahora.• No, nada.
2. He disfrutado mirar hacia adelante:	<ul style="list-style-type: none">• Tanto como siempre.• Menos que antes.• Mucho menos que antes.• Casi nada.
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo.• Sí, a veces.• No con mucha frecuencia.• No, nunca.
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none">• No, nunca.• Casi nunca.• Sí, a veces.• Sí, con mucha frecuencia.
5. He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, bastante.• Sí, a veces.• No, no mucho.• No, nunca.
6. Las cosas me han estado abrumando:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto.• Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre.

	<ul style="list-style-type: none"> • No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien. • No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre.
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, a veces. • No con mucha frecuencia. • No, nunca.
8. Me he sentido triste o desgraciada:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, bastante a menudo. • No con mucha frecuencia. • No, nunca.
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, la mayor parte del tiempo. • Sí, bastante a menudo. • Sólo ocasionalmente. • No, nunca.
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, bastante a menudo. • A veces. • Casi nunca.

Tabla 7: Escala de la Depresión Posnatal de Edimburgo

9.4. Anexo 4: protocolo de derivación



Ilustración 3: Síntomas de Tristeza Puerperal

9.5. Anexo 5: revisión bibliográfica

9.1.1. Búsqueda

Se ha realizado una búsqueda de literatura científica en las bases de datos: PubMed, ENFISPO, Cuiden, Google Scholar y Dialnet, ya que los artículos obtenidos a través de estas bases son diferentes entre sí y se ajustan a los objetivos de la investigación.

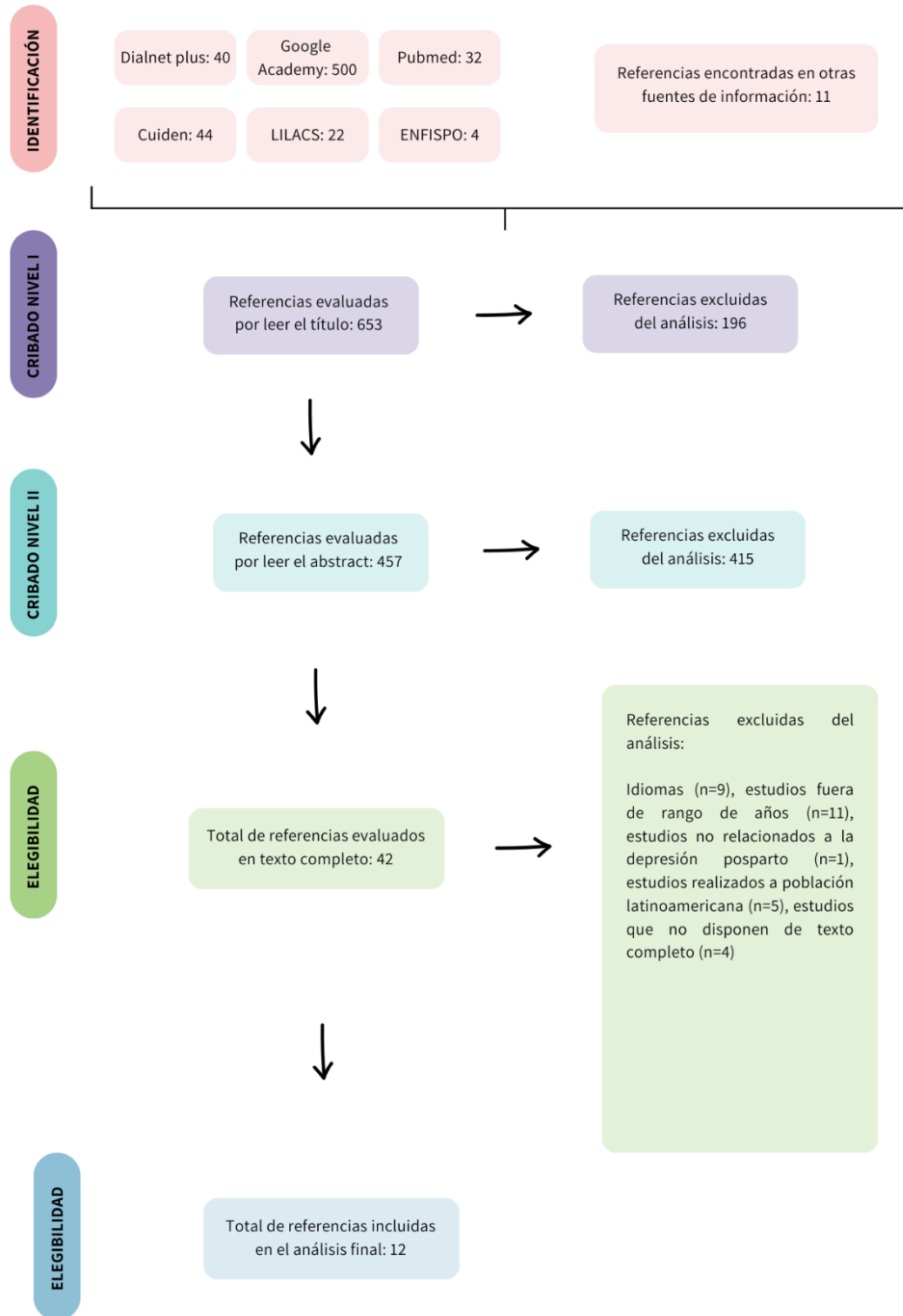


Ilustración 4: Diagrama de flujo

Se excluyó IBECs, ya que no permite un filtrado adecuado; Cuiden, al no encontrar resultados relevantes; y Cinahl, porque los artículos recuperados fueron descartados tras aplicar el diagrama de flujo de selección.

9.1.2. Terminología empleada

Mesh	Decs
<ul style="list-style-type: none"> • Postpartum depression. • Pediatric nursing. • Nursing, Mothers. • Prevention & control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Postpartum depression.

Tabla 8 Terminología empleada Mesh y Decs

9.1.3. Operadores boléanos

Mediante el uso de los operadores booleanos (AND, OR y NOT) se combinan las palabras clave de la búsqueda. En este caso se utiliza el operador booleano AND en el que se indica que ambas palabras deben de aparecer en los resultados de búsqueda.

9.1.4. Criterios de exclusión e inclusión

Criterios de Exclusión	Criterios de Inclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que se centren en la familia, en lugar de en la madre. • Artículos centrados en el rol del padre en el contexto del posparto. • Estudios que aborden unidades de cuidados intensivos u otros ámbitos que no sean pediatría, especialmente aquellos no relacionados con el cuidado posparto de la madre. • Artículos publicados antes de 2019, para asegurar que los estudios sean recientes y relevantes. • Estudios que no dispongan de texto completo, limitando los que ofrecen solo resúmenes o fragmentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios que se centren exclusivamente en la atención a las madres en el contexto del posparto. • Estudios que se centren en el rol de las enfermeras pediátricas en la identificación y cómo actúan para brindar apoyo adecuado. • Artículos publicados entre 2019 y 2024, para asegurar que los estudios sean recientes y estén alineados con la práctica y la investigación actuales. • Estudios con acceso al texto completo, para obtener la información más completa y detallada. • Artículos disponibles en los idiomas de interés: catalán, español, portugués o inglés.

<ul style="list-style-type: none"> • Artículos que no estén en los idiomas especificados (catalán, español, portugués o inglés). • Estudios que no se centren en el contexto de la depresión posparto. Países. • Estudios realizados a población no europea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios que investiguen el rol de las enfermeras en la identificación y manejo de la depresión posparto. • Artículos que incluyan métodos de intervención o programas educativos en el contexto del autocuidado y la salud mental posparto. • Estudios realizados a población europea.
---	---

Tabla 9 Criterios de exclusión e inclusión de la búsqueda bibliográfica

9.1.5. Tabla de resultados de la búsqueda

Bases de datos	Palabras y conectores	Resultados con filtro	Seleccionados
PubMed	(pediatric nursing interventions AND postpartum depression) OR (pediatric nurse AND postpartum depression) NOT neonatal nurse.	32	7
Efis POdec	Depresión posparto and enfermería	4	2
Cuiden	("depresión") AND ("postparto") AND ("enfermería")	44	3
Google Scholar	Depresión posparto	500	3
Dialnet	Depresión posparto	40	5
LILACS	Depresión posparto and enfermería	22	2

Tabla 10: Resultados de la búsqueda

9.6. Anexo 6: preguntas entrevista semiestructurada

- 1) ¿Podrías compartir cuanto tiempo lleváis trabajando como enfermeras pediátricas?
¿Habéis trabajado en alguna otra área que no fuera pediatría?
- 2) ¿Siempre habéis trabajado en este centro? Si es así/las que habéis trabajado en otro centro... ¿cómo creéis que estas experiencias han influido en vuestra práctica profesional?
- 3) ¿Alguna de vosotras ha realizado la especialidad de enfermería pediátrica?
- 4) ¿Habéis hecho algún máster, doctorados o cursos especializados en pediatría? Si es así, ¿cómo te ha ayudado en su práctica diaria?
- 5) ¿Desde vuestra experiencia, qué papel creéis que juegan las visitas de control del bebé en el bienestar de la madre?
- 6) En vuestro día a día, ¿cómo percibís que estas visitas pueden ayudar a identificar posibles signos de depresión postparto?
- 7) ¿Habéis recibido formación específica sobre depresión postparto?
- 8) ¿Como os ayudan vuestros conocimientos a abordar la depresión postparto?
- 9) ¿Conocéis herramientas o escalas para evaluarla (por ejemplo, la Escala de Edimburgo)?
- 10) ¿Habéis tenido algún caso o tenéis casos de madres que hayan estado en esta situación en vuestra consulta?
- 11) ¿Qué estrategias soléis utilizar para detectar posibles signos durante las visitas de seguimiento? ¿Hay factores que pueden facilitar o dificultar esta identificación?
- 12) ¿En qué medida las estrategias recomendadas en la literatura científica para detectar-la se aplican en las consultas? ¿Qué mejoraríais en la práctica diaria?
- 13) Si sospecháis que una madre tiene depresión postparto, ¿cómo actuaríais? ¿Y cómo la derivaríais? ¿Contáis con algún protocolo o guía para abordar estos casos?
- 14) Además, ¿Qué nivel de coordinación tenéis con matronas, psicólogos u otros profesionales en estos casos?
- 15) ¿Qué barreras encontráis en esta colaboración?
- 16) ¿Pensáis que las madres valoran el seguimiento emocional en las consultas de los niños o que estas cuestiones quedan relegadas a otros profesionales?
- 17) ¿Qué barreras identificáis para poder actuar en casos de depresión postparto? (por ejemplo, tiempo, formación, recursos)
- 18) ¿Consideráis que recibir formación adicional sobre la depresión postparto podría mejorar su capacidad para identificar y manejar esta condición?
- 19) ¿Existen limitaciones de tiempo durante las visitas que dificulten la detección de problemas emocionales en las madres?

- 20) ¿Habéis notado alguna falta de recursos o apoyo institucional que dificulte la identificación o manejo de la depresión postparto?
- 21) ¿Creéis que el ambiente de las consultas de seguimiento de atención primaria es adecuado para abordar temas emocionales o de salud mental como la depresión postparto?
- 22) ¿Qué herramientas o recursos le facilitarían identificar y manejar estos casos?
- 23) ¿Cómo cree que podrían mejorarse los recursos o el tiempo destinado a las visitas para facilitar la detección de la depresión postparto?
- 24) ¿Qué cambios cree que podrían implementarse para mejorar la identificación y manejo de la depresión postparto?
- 25) ¿Hay algo más que les gustaría agregar sobre su experiencia en este tema?
- 26) ¿Qué idea clave os lleváis de la sesión?

9.7. Anexo 7: cronograma de actividades

Fase/Actividad	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Reuniones relacionadas
1. Justificación del estudio e Introducción	02/11/2024	09/12/2024	Tutor: 08/11/2024, 26/11/2024. Autores: 08/11/2024, 15/11/2024, 20/11/2024, 26/11/2024, 01/12/2024, 05/12/2024.
2. Diseño	09/12/2024	10/02/2025	Reunión tutor y autores: 13/01/2025 i 23/01/2025
3. Tutoría de Seguimiento	10/02/2025	10/02/2025	Reunión con tutor: 10/02/2025
4. Entrega del trabajo (borrador)	28/04/2025	28/04/2025	Reunión tutor: 24/02/2025, 19/03/2025 Autores: 12/03/2025, 17/03/2025, 19/03/2025, 24/03/2025, 12/04/2025, 19/04/2025.
5. Entrega final del trabajo	19/05/2025	19/05/2025	Reunión tutor: 07/05/2025, 13/05/2025. Autores: 07/05/2025, 12/05/2025, 13/05/2025, 14/05/2025.
6. Presentación y defensa	02/06/2025	06/06/2025	Reunión con tutora: 27/05/2025 Reunión autores: 12/05/2025, 17/05/2025, 20/05/2025, 24/05/2025, 27/05/2025, 31/05/2025, 01/05/2025.

Tabla 11: Cronograma de Actividades

Diagrama de Gantt

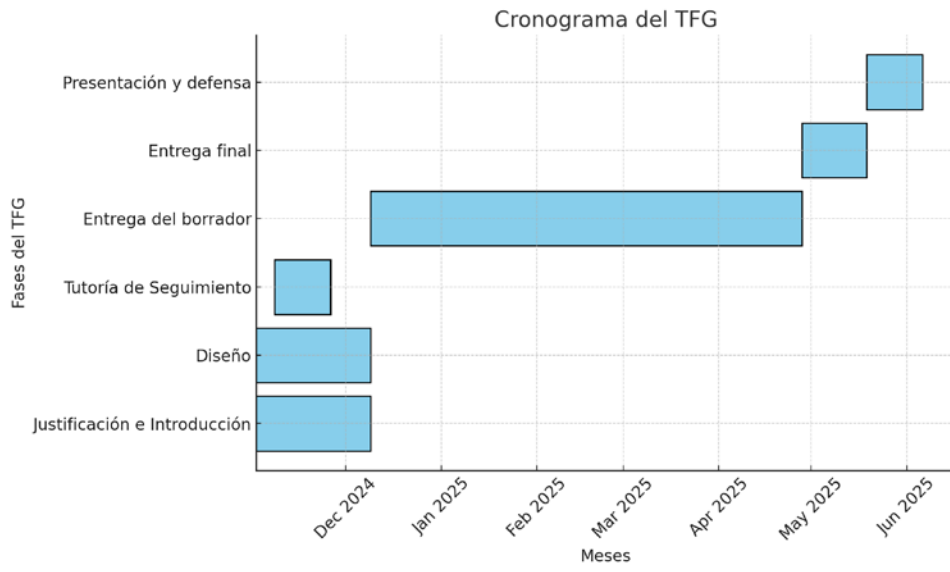


Ilustración 5: Diagrama de Gantt

9. 8. Anexo 8: hoja de información

HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE

La hoja de información a la persona participante es aquella que informa a las personas participantes en un proyecto de investigación, como mínimo, de los aspectos siguientes:

- Título de la investigación.
- Nombre del/de la supervisor/a o bien investigador/a principal y nombre de la Universidad.
- Fuente de financiación (en su caso).
- Motivación y duración de la investigación.
- Objetivos de la investigación.
- Metodología de la investigación e información sobre aquello que se le solicita a la persona participante (entrevistas, pruebas, etc.). Detallar el número y duración de las sesiones, su contenido, el desarrollo, el lugar donde se realizarán y el equipamiento que se utilizará.
- Confidencialidad y protección de datos. El tratamiento de datos personales se ha de realizar de acuerdo con la legislación vigente: es necesario indicar qué datos se recopilarán y si son sensibles, cómo se protegerán, si se disociarán los datos para evitar la identificación de la persona participante, quién podrá tener acceso, publicación, periodo de conservación, reutilización de datos en otros proyectos de investigación futuros, cesión de datos a otras entidades, transferencia internacional (fuera de la Unión Europea), publicación de datos...
- Muestras a recopilar.
- Riesgos y beneficios.
- Voluntariedad de la participación.
- Datos de la persona de contacto.

Este documento tiene por objeto proporcionar un modelo de hoja de información a la persona participante de un estudio de investigación que tendrá que adaptarse a cada proyecto de investigación que se realice en el marco de la Universidad.

Esta hoja de información a la persona participante consiste en una hoja estándar que se entregará a todas las personas participantes. Se encuentra intrínsecamente relacionado con el consentimiento informado donde la persona participante o su tutor legal, además de dar el consentimiento para el tratamiento de los datos personales, reconoce haber recibido la hoja de información a la persona participante y haber podido plantear sus dudas al equipo investigador.



HOJA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA PARTICIPANTE

He recibido esta hoja de información.

TÍTULO DEL ESTUDIO

El Lado Silenciado del Postparto con referencia **CEIPSA-2024-TFG-0183** INVESTIGADOR PRINCIPAL-A / DOCTORAND-A / ESTUDIANT

Nombre y apellidos: Rut Tovar Oliete

Correo electrónico: rut.tovar@estudiants.urv.cat

Teléfono: 652138198

Dirección postal: 43700

CENTRO

Universitat Rovira i Virgili (URV)

GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Nabetse y Rut

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarlo sobre el estudio de investigación al que se le invita a participar.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente de la Universidad Rovira i Virgili.

Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere participar o no en este estudio. Por este motivo, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le resolveremos las dudas que le puedan surgir. Adicionalmente, le informamos que usted es libre de consultar con las personas que considere oportuno antes de decidir sobre su participación en el estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Ha de saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este proyecto analiza el papel de las enfermeras pediátricas de Atención Primaria en la detección, prevención y manejo de la depresión posparto (DPP), identificando barreras, estrategias y la percepción de su relevancia, con el objetivo de proponer mejoras específicas. Con un enfoque cualitativo fenomenológico, se realizará un grupo focal con enfermeras pediátricas del CAP Botafoc de El Vendrell, seleccionadas por conveniencia, siendo la dirección adjunta del centro quien facilitará el acceso para llevar a cabo la sesión en una sala del centro. Los datos obtenidos se recogerán durante el grupo focal y se almacenarán en OneDrive protegido con contraseña, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente de privacidad.

BENEFICIOS I RIESGOS

Beneficios: Su participación ayudará a mejorar el conocimiento sobre la detección y manejo de la depresión posparto, contribuyendo al desarrollo de mejores protocolos de atención.

Riesgos: No se identifican riesgos significativos asociados a su participación en este estudio.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Toda la información recopilada sobre las personas participantes en el marco de este estudio se mantendrá estrictamente confidencial y con aplicación de las correspondientes medidas de seguridad que garanticen, además de su confidencialidad, su integridad, disponibilidad, autenticidad y trazabilidad.

Los datos personales recopilados para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el investigador/a principal o sus colaboradores/as podrán relacionar estos datos con las personas participantes. Nunca se identificará a las personas participantes en ningún informe, presentación ni publicación que surja de este estudio. Por tanto, su identidad no será revelada a nadie, excepto cuando sea requerida por el Comité de Ética al que se somete el estudio con la finalidad de comprobar los datos y procedimientos del estudio.

Para el tratamiento de los datos se utilizarán los sistemas de información propios de la Universidad Rovira i Virgili instalados a su red informática aplicándose las medidas de seguridad de la información establecidas por el Real Decreto 3/2010 que regula el Esquema Nacional de Seguridad. Concretamente, los datos se recopilarán mediante un grupo focal y se introducirán en el sistema de información Rovira i Virgili. Posteriormente, para analizar los datos se utilizará el programa Weft QDA.

El personal investigador del estudio se compromete a cumplir la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, además del Reglamento (UE) núm. 2016/679, del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que se refiere al tratamiento de datos personales, y firmará un compromiso de participación y confidencialidad.

La finalidad del tratamiento de los datos es la participación en el estudio de acuerdo con el consentimiento de la persona participante. La persona participante también puede dar el consentimiento para la reutilización de los datos para estudios futuros que estén relacionados.

La persona participante podrá interrumpir su participación en el estudio o estudios futuros relacionados retirando su consentimiento en cualquier momento, sin que sea necesaria su justificación. En este caso, los datos no se podrán eliminar con el fin de garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero quedarán codificadas de manera que no sea posible vincularlas a su persona.

INFORMACIÓN AMPLIADA SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

De conformidad con aquello que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos aplicable a la Universidad Rovira i Virgili (URV) y publicada en el apartado “Legislación aplicable” del espacio “Protección de datos de carácter personal” de la sede electrónica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), se pone en conocimiento de las personas interesadas la información siguiente:

a) ¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

<ul style="list-style-type: none">• Identificación	Universidad Rovira i Virgili CIF: Q9350003A
<ul style="list-style-type: none">• Dirección Postal	Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona
<ul style="list-style-type: none">• Datos de contacto de los DPD	DPD - Delegados de protección de datos de la URV Correo electrónico: dpd@urv.cat

b) ¿Qué datos personales tratamos y con qué finalidad?

Los datos personales son tratados con la finalidad de participar en el Trabajo de Fin de Grado en los términos que se describen en la hoja de información a la persona participante. En el caso que el estudio prevea la publicación, difusión y reutilización de los resultados obtenidos incluidos datos personales, los datos personales serán utilizados para esta finalidad siempre que la persona interesada haya otorgado su consentimiento.

c) ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

En el marco del tratamiento mencionado, sus datos no se cederán a terceros excepto que exista obligación legal o se indique expresamente en la hoja de información a la persona participante.

d) ¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento que da la persona interesada de forma expresa.



e) ¿Qué medidas de seguridad aplicamos en el tratamiento de sus datos?

La Universidad se responsabiliza de aplicar las medidas de seguridad y el resto de obligaciones derivadas de la legislación de protección de datos de carácter personal, de acuerdo con el Esquema Nacional de Seguridad, Real Decreto 3/2010.

En este sentido, la Universidad Rovira i Virgili se ha dotado de una Política de Seguridad que puede consultarse en la sección sobre “Legislación y normativa” de la página web de la Universitat dentro de “Normativa propia” y “Otras normas”, <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Adicionalmente, en la hoja de información a la persona participante se concretan algunas medidas de seguridad específicas que se tendrán en cuenta durante la realización del estudio.

f) ¿Cuáles son los derechos de las personas interesadas?

La persona interesada tiene derecho a acceder a sus datos personales; a pedir la rectificación de los datos inexactos; a solicitar la cancelación y supresión; a oponerse al tratamiento, incluida la elaboración de perfiles; a limitar hasta una fecha determinada el tratamiento de sus datos; y a la portabilidad de las mismas en formato electrónico.

La persona participante puede interrumpir su participación en el estudio retirando su consentimiento en cualquier momento, sin dar explicaciones. En este caso, los datos no podrán eliminarse para garantizar la validez de los resultados y cumplir con las obligaciones legales aplicables al estudio, pero no será posible vincularlos a su persona.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad mediante comunicación escrita, detallando motivadamente la solicitud, dirigida al Registro General (Carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mediante su presentación en el Registro General de la Universidad, presencial o telemáticamente, según se indica en <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Asimismo, le informamos que tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad Catalana de Protección de Datos mediante el mecanismo que establezca. Puede consultar más información en <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Por último, le informamos que podrá solicitar información relacionada con la protección de datos personales mediante correo electrónico a nuestros delegados de protección de datos a la dirección dpd@urv.cat.

g) ¿Cuánto tiempo conservaremos sus datos?

El período de conservación de los datos es de 5 años una vez finalizado el estudio, salvo que la hoja de información a la persona participante establezca un período diferente. En cualquier caso, se conservarán los datos hasta la revocación del consentimiento por parte de la persona interesada.

MUESTRAS A RECOGER

Se recogerán la información de las enfermeras de pediatría del CAP del Botafoc de El Vendrell que han formado parte del grupo focal.



9.9. Anexo 9: consentimiento informado

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: 1 El lado silenciado del postparto

Dades de contacte de l'investigador principal: 2 rut.tovar@estudiants.urv.cat

Grup de recerca, si escau:

Jo3 amb DNI.....:

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Compréc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Acepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.

Sí No

- 4 Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.

Sí No

- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:

NO autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.

Sí autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.



- Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació a aquestes, s'ofereixen les següents opcions:

La destrucció de la mostra sobrant.

La seva utilització en futurs projectes d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

I per expressar aquest consentiment, el representant legal del participant signa en data

..... i lloc aquest full de consentiment:

Nom del representant legal.....

Relació del representant legal amb el participant

Signatura del representant legal

INFORMACIÓ DE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS	
Responsable	El responsable del tractament de les seves dades personals és la Universitat Rovira i Virgili amb CIF
Finalitat	Participar en un estudi de final de grau en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi
Drets	Pot exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació o oposició al tractament, mitjançant un escrit adreçat al Registre General de la URV a la mateixa adreça del domicili fiscal o mitjançant la seva presentació al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a
Informació addicional	Pot consultar informació addicional sobre aquest tractament de dades personals denominat Treball de Fi de Grau URV i els seus drets al Registre d'Activitats del Tractament de la URV publicat a https://seuelectronica.urv.cat/rgpd on també s'hi pot consultar la Política de Privacitat de la URV. Així mateix, pot consultar aquesta informació al Full d'informació al participant sobre l'estudi. Addicionalment,