

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería

**Intervenciones de enfermería para la detección y la prevención de la depresión
postparto**

Irene González Murillo

Directora: Sara Sola Cía

Pamplona

Mayo, 2023

ÍNDICE

LISTADO DE TABLAS	ii
LISTADO DE FIGURAS	ii
RESUMEN	iii
Palabras clave	iii
ABSTRACT	iv
Key words	iv
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Historia.....	1
1.2 Gestación y puerperio.....	2
1.4 Incidencia.....	4
1.5 Infradiagnóstico.....	4
1.6 Etiología y factores de riesgo.....	4
2. OBJETIVOS	6
2.1 General.....	6
2.2 Específicos.....	6
3. METODOLOGÍA	7
4.RESULTADOS	11
4.2 Intervenciones de enfermería para detección y prevención de depresión postparto.....	12
4.3 Intervenciones de enfermería en el tratamiento de la depresión postparto..	15
4.4 Impacto de la depresión postparto.....	19
5. DISCUSIÓN	21
6. CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	35
Anexo 1: Tabla resumen de los artículos.....	35
Anexo 2: Ítems de la PDPI.....	47

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Elementos de la pregunta de investigación PICO 8

Tabla 2: Elementos de Escala de Detección de Depresión Postparto 13

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo 10

RESUMEN

La formación y conocimiento acerca de las enfermedades mentales no ha tenido un gran desarrollo hasta hace pocas décadas. Esto se refleja en el abordaje de la depresión postparto, siendo una de las complicaciones obstétricas más frecuentes y con una tasa alta de infradiagnóstico.

Los objetivos son analizar las intervenciones de enfermería que han demostrado ser eficaces en la prevención y detección de la depresión postparto, investigar las actividades de enfermería en su tratamiento, analizar las causas y factores que favorecen su desarrollo y explicar las consecuencias de la depresión postparto.

Para dar respuesta a los objetivos marcados, se ha llevado a cabo una revisión narrativa con metodología sistemática y mediante la pregunta PICO, se ha realizado la búsqueda en dos bases de datos en base a los criterios de inclusión y exclusión.

Las causas de depresión posparto son múltiples y relacionadas con la fatiga, antecedentes de problemas psiquiátricos, ser madre joven y posiciones socioeconómicas bajas. Además, es la que más hospitalizaciones requiere y con consecuencias negativas tanto para la madre como para el entorno. El cribado mediante escalas de depresión postparto, el seguimiento telefónico, las visitas domiciliarias y la educación son las actividades más efectivas para su prevención y detección. La psicoterapia cognitivo-conductual e interpersonal, los cuidados continuados y valoraciones integrales y las visitas a domicilio forman parte de las intervenciones más efectivas de enfermería.

Para poder lograr un buen abordaje de la depresión postparto, son fundamentales la formación de las enfermeras y el trabajo interdisciplinar.

Nº de palabras: 10270

Palabras Clave: prevención, detección, cribado, tratamiento, enfermería, depresión postparto, consecuencias.

ABSTRACT

The skills and knowledge about mental illnesses have not had a great development until a few decades ago. This is reflected in the approach to postpartum depression, being one of the most frequent obstetric complications and with a high rate of underdiagnosis.

The objectives are to analyze the nursing interventions that have been shown to be effective in the prevention and detection of postpartum depression, to investigate nursing activities in its treatment, to analyze the causes and factors that cause its development, and to explain the consequences of postpartum depression.

In order to respond to the objectives, a narrative review has been carried out with a systematic methodology and through the PICO question, a search has been carried out in two databases based on the inclusion and exclusion criteria.

The causes of postpartum depression are multiple and related to fatigue, a history of psychiatric problems, being a young mother, and low socioeconomic positions. In addition, it is the one that requires the most hospitalizations and with negative consequences for both the mother and the environment. Screening using postpartum depression scales, telephone follow-up, home visits and education are the most effective activities for its prevention and detection. Cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy, ongoing care, comprehensive assessments and home visits are some of the most effective nursing interventions.

In order to achieve a good approach to postpartum depression, the training of nurses and interdisciplinary work must be at the center.

Keywords: Prevention, detection, screening, treatment, nursing, postpartum depression, consequences

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Historia

La formación y el conocimiento acerca de las enfermedades mentales no ha tenido un gran desarrollo hasta hace pocas décadas. Esta carencia se ve reflejada en el ámbito de la maternidad y el puerperio inmediato. Existe una idea general de que es uno de los momentos más bonitos y se olvida la posibilidad de otras situaciones emocionales negativas. De esta manera, existen una serie de expectativas en torno al embarazo, parto y puerperio inmediato, que no responden a la realidad absoluta y no tiene en cuenta la diversidad de situaciones y vivencias. (Espárrago, 2014)

La gestión sanitaria de las enfermedades de salud mental ha ido cambiando al mismo tiempo que la sociedad cambiaba. En realidad, las enfermedades mentales siempre han estado presentes en la sociedad, pero lo que ha cambiado es la forma de tratarlas. Su evolución se puede ver desde Hipócrates, el cual trataba de buscar la etiología de la “psicosis puerperal”, hasta la época cristiana, donde las patologías mentales pasan a ser parte de la iglesia y se relacionan con los demonios. También se ven cargadas de supersticiones y prejuicios en las épocas medievales y renacentistas. En muchas ocasiones, los enfermos mentales eran incluso castigados, sufrían abusos de poder y exclusión tanto por parte de la sociedad como por el ámbito sanitario. (Siles, 2016) (Espárrago, 2014)

Cabe destacar que el cuidado de pacientes con patologías mentales comenzó con el nacimiento y desarrollo de la psiquiatría en el siglo XVIII y también gracias al desarrollo social, político y científico de los últimos siglos. El concepto de cuidar y de cuidador, desde una perspectiva holística e integradora ha surgido en las últimas décadas gracias al cambio de paradigma de la enfermería. Se deja de lado el concepto de custodiar, vigilar, controlar y castigar enfermos y se pasa a un modelo hospitalario y humano que intenta adaptarse al paciente y a sus necesidades por medio del cuidado. Lo mismo ha ocurrido con las mujeres con depresión y psicosis postparto, que han pasado de ser tratadas como “locas” y “endemoniadas” a ser uno de los focos de estudio y prevención de enfermería. Casi hasta finales del siglo XX, se trata a los enfermos mentales como personas marginadas, que viven en

manicomios y entornos altamente medicalizados. Todo este prejuicio, tabú y falta de información en el área de la salud mental ha tenido repercusión en el tratamiento y reconocimiento de la depresión postparto, haciéndose notable la falta de formación y de desarrollo de este área en los profesionales (Siles, 2016) (Espárrago, 2014)

1.2 Gestación y puerperio

La gestación a término es la que dura entre 37 y 42 semanas y el puerperio se trata de un periodo que va desde el alumbramiento hasta las 6-8 semanas siguientes. Durante el embarazo y el puerperio, las mujeres experimentan muchos cambios a nivel orgánico, como adaptaciones de los órganos, metabolismo y anatomía y a nivel psicológico, para dar respuesta a las nuevas necesidades del embarazo y lactancia. (Carrillo-Mora et al., 2021). Cabe destacar que el embarazo y puerperio se caracterizan por ser uno de los momentos de mayor vulnerabilidad psíquica de la vida de las mujeres (Pérez & Silva, 2005)

Durante el embarazo, la madre enfrenta nuevas implicaciones psicológicas con el comienzo del apego de madre-hijo, el cansancio y la somnolencia. Además, se produce un aumento de los niveles de estradiol, progesterona y cortisol.

En el periodo del puerperio, la madre sufre cambios corporales, fatiga, experimenta una sobrecarga e inestabilidad emocional debido a la caída de hormonas esteroideas y peptídicas y a la aceptación de la nueva situación familiar y personal. Estos cambios tan radicales tienen una repercusión en el estado de ánimo y cognitivo de la madre (Carrillo-Mora et al., 2021) (Carrizo et al., 2020).

1.3 Depresión postparto

Cuando hablamos de depresión postparto, nos referimos al trastorno depresivo asociado al parto y que aparece generalmente en las 3-4 semanas hasta los 12 meses posteriores al parto. Cabe destacar que los episodios depresivos se empiezan a dar durante el embarazo en casi la mitad de los casos. De hecho, el DSM-5 ha cambiado la definición de “depresión postparto” por la definición de “depresión periparto” o “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”. Esto refleja la importancia del seguimiento de la salud mental de las mujeres durante todo su

embarazo. Existen casos de depresión postparto en hombres y en hijos, pero en este caso nos centraremos en la depresión postparto asociada a la madre (Ampudia, 2020)

Es una patología con graves consecuencias no solo a nivel individual sino también en la relación entre la madre y el niño. Esto tendrá después un impacto en el desarrollo emocional y cognitivo del niño. Además, la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional. Por un lado, las mujeres no siempre expresan estos síntomas y los profesionales no cuentan con la mejor formación acerca de la depresión postparto (Lorenzo-Veigas & Soto-Gonzalez, 2014)

Es importante diferenciar entre los distintos trastornos que pueden darse en este periodo para poder reconocerlos y hacer una correcta prevención y tratamiento ya que tienen su repercusión física y mental para la madre y la familia. Los trastornos son:

- La **tristeza postparto**, aparece los primeros días después del parto en más de la mitad de las mujeres debido a los cambios hormonales, psicológicos y sociales. Se explica como un cuadro autolimitado que puede llegar a durar 2-3 semanas.
- **La depresión postparto**, que se caracteriza por ser un trastorno depresivo y síntomas incapacitantes de afrontamiento. Algunos de estos síntomas pueden ir desde tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultad para el descanso, desesperanza, problemas en la concentración, ansiedad y pérdida del interés, hasta ideación suicida. Se pueden reconocer 4 fases de progresión de la enfermedad desde su aparición hasta su recuperación. En primer lugar, se encuentra la espiral descendente, llena de sentimientos negativos y ansiedad. Después, se puede reconocer la fase de incongruencia entre las expectativas y la realidad de la maternidad, que enseguida se ve acompañado por la fase de pérdida generalizada en el cual la madre pierde el control de la situación. Finalmente, aparece la fase en la que se logran avances o mejoras. Es ahí, donde la madre empieza a pedir ayuda y a luchar por superar la situación.

- **La psicosis postparto o psicosis puerperal**, que, aunque sea el menos frecuente de los mencionados (0,1-0,2%), es el que más carga asistencial y más repercusión tiene en la madre y su entorno. Se caracteriza por presentar alucinaciones, pérdida del sentido de la realidad, alteraciones del comportamiento, rechazo por el bebé etc. (Loaiza et al; 2019) (Evans et al; 2003)

1.4 Incidencia

La depresión postparto es la complicación obstétrica más común, y que afecta al 10-15% de las mujeres en el mundo. Aproximadamente, el 10% de las personas que viven en países desarrollados, experimentan alguna enfermedad mental durante el embarazo. Aunque se recogen distintos datos acerca de la afectación a nivel mundial, la mayoría de los autores destacan que su frecuencia es mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados (Besteiro et al., 2001) (Caparros-Gonzalez et al., 2018).

1.5 Infradiagnóstico

Además, se trata de la complicación durante el embarazo con mayores tasas de infradiagnóstico. Este hecho no solo se debe a la falta de formación o al prejuicio social. El problema está en que muchos de los síntomas que pueden ser indicadores de depresión, también son síntomas normales en ese periodo de postparto. El profesional de enfermería y matronas forman parte del sistema sanitario con roles en el cuidado, la educación y la prevención. La salud mental es una parte más de la salud integral de la persona, y por ello tienen una responsabilidad en el abordaje de la depresión postparto (Jadresic, 2019). La OMS insta a garantizar atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto.

1.6 Etiología y factores de riesgo

El Instituto Europeo de la Salud Mental Perinatal dice que no existe una causa concreta de la depresión postparto. El autor Ampudia et al., (2020) explica que la depresión postparto es de origen multifactorial, aunque con los factores psicosociales en el centro. Existen relaciones entre la depresión postparto y mujeres

con baja autoestima, otros trastornos mentales previos, dificultad en las relaciones familiares, pocas redes de apoyo, eventos estresantes, clases sociales bajas o con problemas económicos y, sobre todo, haber tenido cuadros depresivos y /o ansiosos durante el embarazo. Conocer estos factores de riesgo o de estrés también pueden ayudar a poder abordarlo de manera integral. El adecuado diagnóstico necesita de una historia clínica estructurada, examen mental y físico, antecedentes de estados depresivos anteriores, abuso de sustancias etc. Es decir, para el correcto diagnóstico, es necesario el trabajo multidisciplinar. Es aquí donde enfermería puede ejercer su rol (Ampudia, 2020)

2. OBJETIVOS

2.1 General

- Analizar las Intervenciones de enfermería que han demostrado ser eficaces en la prevención y detección de la depresión postparto

2.2 Específicos

- Investigar las actividades de enfermería en el tratamiento de la depresión postparto
- Analizar las causas y factores que favorecen la depresión postparto
- Explicar las consecuencias de la depresión postparto

3. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a los objetivos marcados, se ha llevado a cabo una revisión narrativa con una metodología sistemática. En este caso, el foco de la revisión van a ser las mujeres durante el embarazo o postparto, en las causas de la depresión postparto y en las consecuencias que puede tener padecerla y no tratarla, para así identificar intervenciones de enfermería para su prevención, tratamiento y detección. La estrategia de búsqueda ha sido mediante la pregunta de investigación PICO.

- La P hace referencia a la población en la que nos centramos, siendo las mujeres embarazadas o mujeres en postparto lo elegido (pueden ser mujeres sin riesgo de padecer depresión postparto, con riesgo o mujeres ya diagnosticadas). Se ha empleado la técnica del entrecomillado para las expresiones “postpartum depression” y “perinatal mental illness”
- La I se refiere en este caso a la intervención de enfermería. Se ha empleado el truncamiento car*, role* y activit*
- La C de la pregunta PICO es la comparación que se hace de la investigación con otro aspecto. En este caso no se ha seguido esa metodología, por lo que la pregunta PICO se convierte en PIO.
- La letra O se trata de los resultados que pueden darse. En este caso, se han empleado las palabras con truncamiento: treat*, prevent*, detect*, approach*

Después de aplicar todos los términos mencionados, se emplean los operadores booleanos para llegar a encontrar la ecuación de búsqueda. Durante el proceso, en ambas bases de datos se ha llevado a cabo el mismo proceso o estrategia de búsqueda avanzada.

En este caso se han empleado las expresiones “postpartum depression” y “perinatal mental illness” como población (P) con los términos de la intervención (I).

En la I de intervención se ha empleado el operador OR con las palabras: role, car* y activit* con el fin de que en la búsqueda, los resultados contengan al

menos una de las palabras. Cabe destacar que también se ha empleado el operador AND para unir los términos mencionados en la I de intervención con los término (Nurs* OR midwife). En el caso de la I de intervención, se une al componente de los resultados indicando el operador booleano AND. Dentro del apartado O de resultados, se combinan distintos términos con el operador OR: treat* OR detect* OR prevent*

En la tabla 1 se puede observar la combinación de términos y operadores booleanos empleados en la estrategia de búsqueda mediante la pregunta PICO.

P	I	C	O
<p>“Postpartum depression”</p> <p>OR</p> <p>“perinatal mental illness”</p> <p>AND</p>	<p>(role OR car* OR activit*)</p> <p>AND</p> <p>(Nurs* OR midwife)</p>	<p>AND</p>	<p>(detect* OR prevent* OR approach* OR treat*)</p>

Tabla 1: Elementos que forman la pregunta PICO. Elaboración propia.

Se emplean las bases de datos Pubmed y Cochrane para realizar la búsqueda bibliográfica. Además, se aplican los criterios de inclusión y exclusión para la selección de los artículos. En cada base de datos se realiza una misma estrategia de búsqueda. Los **criterios de exclusión** establecidos fueron: los estudios que no sean artículos primarios, los que no estén escritos en inglés o español, los que estén publicados en años anteriores al 2005, los de baja evidencia científica, los que no responden a la pregunta de investigación u objetivos, y los que aún no se han publicado los resultados. Los **criterios de inclusión** establecidos fueron: artículos publicados entre el año 2005-2023, artículos de libre acceso y de pago, los artículos

publicados en inglés y español, los que responden a los objetivos y a la pregunta de investigación.

Inicialmente se obtienen 29 artículos en pubmed y 84 en Cochrane aplicando la misma estrategia de búsqueda en ambos casos. Es entonces cuando se aplican los criterios de inclusión de idioma y año de publicación y se lleva a cabo el primer cribado de los artículos, obteniendo un total de 111 artículos (84 de Cochrane y 27 de Pubmed). Después, se procede a retirar los artículos que están repetidos, los que no han sido aprobados por comunidades científicas o de los que aún no se hayan publicado los resultados de los ensayos. Al mismo tiempo se realizó una primera lectura de título y resumen de los artículos, obteniendo un total de 25 artículos, de los cuales 10 son de Cochrane y 15 de Pubmed. Finalmente, tras leer de manera completa dichos artículos, y tras eliminar los que no responden a la pregunta científica de investigación y/o objetivos, se obtienen un total de 14 artículos.

Durante la realización del trabajo se ha empleado información encontrada por el método de bola de nieve, en concreto La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal y un artículo de la OMS.

En la figura 1 aparece el diagrama de flujo, donde se puede ver todo el proceso de la metodología de búsqueda y de la selección de los artículos

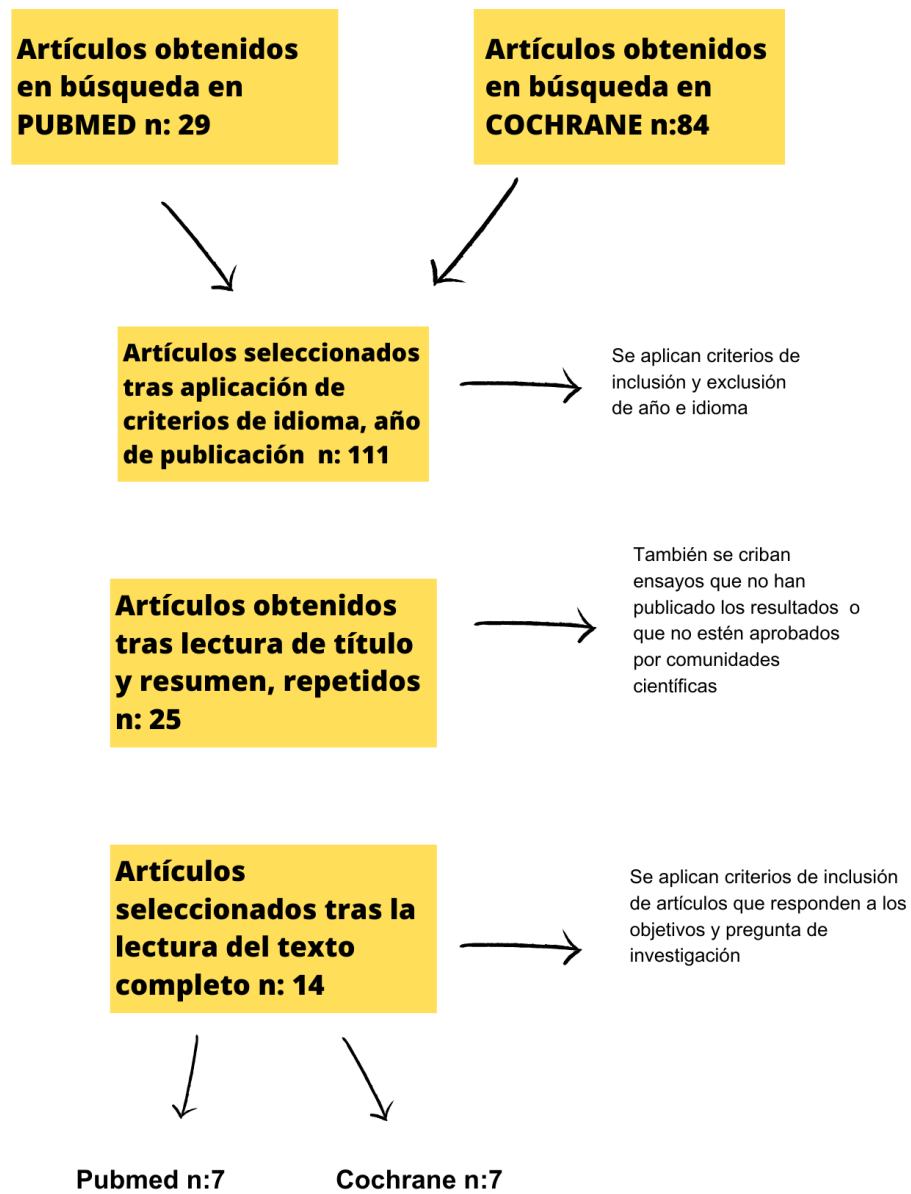


Figura 1: Diagrama de flujo. Elaboración propia.

Para finalizar, en el Anexo I se muestra una tabla con un resumen de los 14 artículos seleccionados

4.RESULTADOS

4.1 Factores de riesgo y causas de la depresión postparto o perinatal

El embarazo es un factor de riesgo en sí mismo de padecer depresión. De hecho, según Tezel & Gözümlü, (2006), el embarazo es el periodo vital de la mujer donde más riesgo tiene de padecer depresión. No existe una causa concreta que provoque la depresión postparto en las mujeres, sino que tiene que ver con un conjunto de factores o relaciones.

De acuerdo con Doucet et al., (2009) las mujeres con historias previas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, baja autoestima y baja satisfacción tienen mayor riesgo de padecerla. También se relaciona este aumento del riesgo en las mujeres con antecedentes familiares de patologías de salud mental. Esta idea también la apoyan Goedde et al., (2021) los cuales señalan los antecedentes de problemas psiquiátricos y las situaciones traumáticas como factores de riesgo.

La pobreza o el bajo nivel socioeconómico son factores predictores de padecer esta enfermedad (Goedde et al., 2021) (Logsdon et al., 2010). Estos autores coinciden en que el escaso apoyo social o el poco apoyo por parte de la pareja son igualmente factores de riesgo, al igual que los embarazos en mujeres jóvenes. Doucet et al., (2009) añaden que un factor relacionado con el desarrollo de la enfermedad es tener una mala relación con la pareja y problemas en la integración social.

Respecto a las causas de la depresión postparto, se investiga acerca de los cambios hormonales.. Doucet et al., (2009) destacan que no se ha podido comprobar hasta ahora que la cascada de hormonas, con la caída de progesterona y estrógenos y de citoquinas en el parto, al igual que el desbalance hormonal que existe en este periodo pueden ser causas directas de la depresión postparto. Sin embargo, se ha visto que puede contribuir a desarrollarla, siendo una causa indirecta y sumada a factores sociales y predisposiciones genéticas. Otros autores señalan que los cambios hormonales hacen vulnerable el estado de ánimo y son un factor de riesgo para la salud mental de las madres en el parto y postparto. (Goedde et al., 2021) (Zhuang et al., 2020)

Un estudio reciente realizado en una universidad en Japón, demuestra la relación entre la fatiga de las mujeres primíparas dando lactancia materna con la depresión postparto. La fatiga que experimentan y el tiempo de lactancia, elevan las puntuaciones de la escala de Edimburgo (Kawashima et al., 2022). Esta idea se ve reforzada por otros autores, que señalan la fatiga de las madres, el estrés, el mal descanso nocturno e incluso el mal temperamento de los bebés como factores predisponentes (Logsdon et al., 2010). (Doucet et al., 2009). Estos autores coinciden en que uno de los factores de riesgo es el estrés. Todos ellos hablan del estrés como puntos gatillo que pueden desarrollar la enfermedad.

4.2 Intervenciones de enfermería para detección y prevención de depresión postparto

Según la Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal algunas personas a las que se les realiza pruebas de cribado de depresión perinatal pueden sentirse incómodas. Sin embargo, según Rush (2012) las enfermeras se caracterizan por crear entornos de confianza y terapéuticos en los que es más sencillo detectar signos de alarma. Además, Doucet et al., (2009) afirma que algunos de los síntomas o señales que presentan las mujeres en el parto y postparto, son síntomas predictivos de sufrir esta enfermedad. Todo esto hace que las enfermeras tengan una situación privilegiada para la detección precoz de la depresión posparto.

Doucet et al., (2009), Rush, (2012), Horowitz et al. (2013) y la Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal, señalan y describen 4 escalas de cribado para la detección de la depresión postparto:

- **La Escala de Edimburgo** (EPDS). Esta escala no es una vía de diagnóstico, pero sí que se recomienda aplicarla en el primer año postparto porque da información acerca de la evolución de algunos de los síntomas. La escala de Edimburgo está formada por 10 apartados la cual recoge información del estado de la madre a partir de la primera semana postparto. Un resultado con una puntuación mayor a 10 puntos indica probabilidad de depresión postparto.

- **La Escala de Detección de Depresión Postparto (PDSS)** está formada por 35 apartados y requiere de más tiempo para realizarlo que la EPDS, ya que recoge cuestiones del estado de ánimo de la madre en las dos últimas semanas.
- **El Postpartum Depression Predictors Inventory** se trata de una escala que se puede emplear antes, durante y después del embarazo con el fin de identificar a mujeres con riesgo o vulnerables de padecer depresión postparto, aunque tampoco se trata de una herramienta diagnóstica
- **El Cribado del Riesgo de Autolesión o Suicidio Materno.** Si el resultado de la escala es positivo, la valoración integral de enfermería y de los demás profesionales debería ser prioritaria.

En la figura 2 se señalan las 7 dimensiones que recoge la Escala de Cribado de la Depresión Postparto de Beck y Gable

<i>Dimensión**</i>	<i>Tipos de preguntas</i>
Sueño/alimentación	Dificultad para dormir, pérdida del apetito
Ansiedad/inseguridad	Sensaciones corporales, soledad, sentirse arrollada
Habilidad emocional	Experiencia de diferentes estados emocionales
Alteración cognitiva	Capacidad para enfocar y concentrarse
Pérdida de la identidad	Sentimientos de ser anormal o sensación de irrealidad
Culpa/vergüenza	Sensación de fallo, culpa o sentirse avergonzada
Considerar la autolesión	Amenaza a sí misma

Tabla 2: Escala PDSS (Kennedy et al., 2003)

Para demostrar la efectividad de prevención, detección y cribado, se llevaron a cabo varios estudios.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de 8 entrevistas a enfermeras del área materno infantil para analizar su capacidad de reconocer síntomas de depresión postparto y conocer su experiencia tratando con mujeres en riesgo de padecerla. El autor de este estudio (Rush, 2012) dice que las escalas de cribado de depresión postparto son efectivas y útiles para estas enfermeras ya que mejoran la detección

de esta enfermedad. Finalmente, explica que las enfermeras tienen la formación adecuada para realizar el cribado. Otro aspecto que señala este autor es que la prevención es más efectiva en mujeres con riesgo de padecer depresión postparto que en la población general.

Por otro lado, los autores Horowitz et al., (2013) evalúan la efectividad de las visitas a domicilio como método de prevención de la depresión postparto. Para ello, realizaron un estudio en varias fases. Primero, realizaron un cribado en el cual se seleccionan las participantes que tenían una puntuación menor a 10 de la escala de Edimburgo. Después, una segunda fase de intervención con visitas a domicilio desde las primeras seis semanas postparto hasta los 9 meses postparto, y una tercera fase de recopilación y análisis de este impacto, donde se demuestra el efecto positivo de las intervenciones a domicilio por parte de las enfermeras y la disminución del riesgo de padecer esta enfermedad. Esta disminución del riesgo se ve reflejada en la mejora del vínculo de la madre-hijo, en la disminución de la puntuación en las escalas de cribado de depresión postparto y en la verbalización de las madres de la satisfacción con las visitas a domicilio por parte de las enfermeras. En estas visitas, las enfermeras hacen preguntas y se preocupan por conocer a la paciente de manera holística, practican escucha activa y empatía. La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal dice que las visitas domiciliarias es una de las actividades más efectivas por parte de enfermería para la prevención de esta enfermedad.

Una revisión realizada por Dennis & Dowswell, (2013) recoge estudios acerca del impacto de las actividades psicosociales en el abordaje de la depresión postparto. Existe evidencia que el **seguimiento telefónico** es una forma efectiva de reducir síntomas depresivos y detectarlos, al igual que poder hacer un seguimiento del embarazo previo al postparto. Este seguimiento telefónico acompañado del uso de la Escala de Edimburgo fue efectivo en la identificación temprana de factores de riesgo depresivos.

Las enfermeras y matronas apoyan y previenen gracias al tiempo que pasan con las madres y familias. Tienen la oportunidad de **educar**, observar y explicar los síntomas y signos de alarma de la depresión postparto para que sean ellos mismos

los que los detecten y conozcan los recursos de ayuda que tienen a su disposición (Doucet et al., 2009). Ayudan a normalizar la nueva realidad y establecer nuevas rutinas de sueño, consejos de lactancia, signos de hemorragias, control del dolor etc. Es decir, son las encargadas de la educación del parto y del postparto (Kawashima et al., 2022).

En referencia a la educación, un estudio realizado a madres antes de recibir el alta, se ha demostrado que el grupo experimental que recibió la educación a cerca de la enfermedad, mostró menos síntomas depresivos a la larga que el grupo control que no recibió la educación (Ho et al., 2009). El estudio fue realizado a 200 mujeres que recibieron folletos con información sobre la enfermedad, así como las causas y ayudas y recursos para el manejo de la misma. El riesgo de padecer depresión postparto se midió con la Escala de Edimburgo, y se vio como a las 6 semanas y 3 meses después del parto, la puntuación de la escala había disminuido.

En otro estudio se evaluó la eficacia del apoyo y educación por parte de matronas a un grupo de madres adolescentes primerizas. La intervención de las enfermeras se basó en crear grupos de ayuda y apoyo durante más de 4 semanas tras el parto. El papel de las enfermeras fue de dar información, apoyo emocional, recursos sociales, escucha activa y enseñanza de autocuidado. También se tuvo en cuenta a la familia y entorno de las madres. A los 3 y 6 meses se les volvió a realizar la Escala de Edimburgo y se comprobó que la puntuación de riesgo de padecer depresión postparto había disminuido (Sangsawang et al., 2022)

Logsdon et al., (2010) coinciden con Ho et al., (2009) en que el diálogo de la enfermera con la madre ayuda a prevenir la enfermedad, debido a que ayuda a levantar el estigma y el miedo. El estudio realizado por Ho et al., (2009) explica que hablar a las mujeres sobre la existencia de la depresión postparto les ayuda a autoconocerse y a sobrellevar mejor los síntomas depresivos.

4.3 Intervenciones de enfermería en el tratamiento de la depresión postparto

El tratamiento de la depresión postparto es un aspecto complejo y que requiere no solo de intervención psicosocial sino también de una intervención interdisciplinar de todos los profesionales capacitados para ello y, en ocasiones, la terapia

farmacológica. Según Doucet et al., (2009) las enfermeras son las figuras que mejor conocen los recursos de la comunidad, a las familias y madres. Afirman que las enfermeras tienen capacidad suficiente para realizar un seguimiento de la madre y de su entorno cuando existe un diagnóstico de depresión postparto. También explican las habilidades y la formación que tiene una enfermera especializada en salud mental para dar cuidados o terapias de salud mental. En la misma línea, Logsdon et al., (2010) demuestran que existe una relación entre la autoeficacia de las enfermeras y la enseñanza de la depresión postparto. Existe evidencia de que la experiencia, las expectativas en la enseñanza y la autoestima de la enfermera tienen un impacto positivo en el tratamiento de la depresión postparto. Afirman que el asesoramiento, la ayuda de las enfermeras, el diálogo y la desestigmatización tienen un impacto positivo durante el tratamiento de la depresión postparto. (Logsdon et al., 2010).

La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal recoge evidencia acerca de la efectividad de las **psicoterapias** en el tratamiento para la depresión postparto por parte de enfermería. Por un lado, la psicoterapia cognitivo-conductual se caracteriza por centrarse en la interacción de los pensamientos, comportamientos y emociones de la madre. Su efectividad se ha comprobado hasta 6 meses después de las intervenciones, por medio de escalas predictivas de depresión postparto. Por otro lado, la psicoterapia interpersonal se centra en las preocupaciones que tenga la madre en el momento actual como las de funcionamiento social, conflictos, duelo y cambios de rol. Mientras que la interpersonal se ha visto que es efectiva tanto en población prenatal y perinatal, la cognitivo-conductual está más enfocada en población perinatal y de postparto. Ambas resultan ser efectivas tanto por vía telefónica y en el domicilio, como en entornos hospitalarios y de atención primaria.

La intervención **telefónica** con psicoterapia interpersonal también resultó ser efectiva en el estudio realizado por Dennis et al., (2015). Las enfermeras fueron capaces de disminuir los síntomas depresivos y la funcionalidad diaria de las mujeres enfermas. Además, a lo largo de este estudio, las enfermeras fueron puntuadas y valoradas favorablemente por parte de las madres. Los autores de este

estudio mencionan el interés y la utilidad que este tipo de terapia telefónica puede tener para las mujeres que viven en comunidades remotas o zonas rurales. Posmontier et al., (2016) también evalúan la eficacia de la psicoterapia interpersonal mediante un seguimiento telefónico. Este se caracteriza por tener una continuidad en los cuidados gracias a la recopilación de datos necesarios, un apoyo y escucha activa. Tras el seguimiento a las madres con este tipo de terapia, se vio que bajaron considerablemente las puntuaciones en la escala de Hamilton (escala empleada para ver la gravedad de los síntomas depresivos cuando ya existe un diagnóstico).

(Tezel & Gözüm., 2006) llevaron a cabo un estudio semiexperimental en mujeres en el periodo del postparto y en riesgo de depresión postparto. La muestra se dividió en 2 grupos de mujeres. Se aplicaron las escalas Escala de Edimburgo y del Beck Depression Inventory para comparar las puntuaciones de todas las mujeres antes y después de las intervenciones. Uno de ellos recibió atención de la enfermera para paliar los síntomas depresivos y el otro grupo se les enseñó habilidades para resolver problemas (grupo de **atención** y grupo de **capacitación**). Por un lado, el grupo de atención recibió un seguimiento individualizado de la enfermera. Este seguimiento se basó en formularios de verificación de síntomas guiados por el modelo NANDA y los patrones funcionales, actividades de enfermería asociadas. La enfermera realizó valoraciones integrales a las pacientes y en base a los resultados, organizó 33 actividades de cuidados específicas para cada una. En cuanto al grupo de capacitación, la intervención se centró en el reconocimiento del problema, en generar alternativas y en la toma de decisiones. Es decir, los cuidados de enfermería se basaron en la educación a las pacientes en la toma de decisiones. Cabe destacar que ambas técnicas resultaron efectivas para el tratamiento de la depresión postparto. Sin embargo, analizando las puntuaciones de la Escala de Edimburgo y del Beck Depression Inventory realizadas a todas las mujeres tras ambas intervenciones, se vio como los cuidados de enfermería con atención individualizada resultaron ser más efectivos para el tratamiento depresivo que una educación basada en la solución de problemas

En cuanto a intervenciones de enfermería, Tamaki, (2008) lleva a cabo un estudio para comprobar la efectividad de las visitas a los **domicilios** por parte de enfermería

a las mujeres con depresión postparto. El estudio consistió en visitas a las casas con una frecuencia de 4 días a la semana entre el mes y los dos meses después del parto. Por medio de la escala EPDS, se ve como las puntuaciones disminuyen, al igual que los síntomas depresivos. Además, se realizan encuestas cualitativas y se llega a la conclusión de que las visitas domiciliarias ayudan a mejorar la salud mental y los cambios vitales de las madres que sufren esta enfermedad. Tanto en las entrevistas como en las escalas cualitativas se recogen pensamientos positivos de las madres sobre las visitas a los domicilios (Tamaki, 2008)

Respecto a las actividades efectivas mencionadas hasta ahora, se recogen dos estudios en los cuales se ponen en práctica todas ellas y se analiza su efectividad. Por un lado, Goedde et al., (2021) lleva a cabo un estudio desde una clínica multidisciplinar privada de salud mental obstétrica. Durante los 10 años que duró el estudio, las pacientes recibieron atención psicológica y farmacológica por parte de distintos profesionales. La continuidad de cuidados por parte de la enfermera psiquiátrica en el ámbito comunitario también estuvo presente. La evaluación cuantitativa demostró que las puntuaciones de depresión y ansiedad bajaron considerablemente. En cuanto al aspecto cualitativo, los pacientes valoraron positivamente que se tratara de un espacio seguro, que aporta estabilidad emocional y que proporciona una atención integral y personalizada.

El segundo estudio realizado por Van Lieshout et al., (2022) se realizó a mujeres de edades entre 30-35 años con diagnósticos de depresión postparto. Constó de 2 grupos de mujeres, llevados por 2 enfermeras cada uno. Durante 9 semanas se realizan sesiones de reestructuración cognitiva, psicoeducación, e información acerca de la depresión postparto. Además de las clases presenciales, las mujeres recibieron ejercicios y reflexiones para realizar en casa. En los resultados de dicho estudio, se comprueba cómo las mujeres que participaron en estos grupos, presentan una mejoría y una disminución en las puntuaciones de las escalas de depresión postparto realizadas posteriormente. Las mejoras también se pueden ver en el aumento del apoyo social, disminución de la ansiedad, y disminución de muchos de los síntomas depresivos mayores.

4.4 Impacto de la depresión postparto

Logsdon et al., (2010) afirman que la depresión postparto tiene un impacto negativo en los vínculos de la madre, en sus habilidades para trabajar y funcionar en la vida, así como para los cuidados del bebé . También se ha visto un aumento del riesgo de desarrollar un mal comportamiento y mal estado emocional y cognitivo de los hijos (Posmontier et al., 2016). Otros autores recalcan que la depresión postparto está relacionada con desarrollar problemas en la interacción social, en la relación con el bebé y un aumento de la ansiedad (Van Lieshout et al., 2022)

Por otro lado, existen casos severos de depresión postparto en los cuales existe riesgo de suicidio o autolesión, e incluso de daño al bebé (Tezel & Gözüm., 2006). Otros autores explican que aumenta el riesgo de suicidio (Goedde et al., 2021) al igual que la Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal, que recoge evidencia de que las mujeres con depresión postparto presentan ideas frecuentes de suicidio y autolesión.

Existe una mayor tasa de ingresos hospitalarios debido a las depresiones postparto que con el resto de depresiones. Se ha demostrado que el 50% de las mujeres que muestran síntomas hipomaniacos en los primeros días tras el parto, desarrollan depresión postparto a partir de las 6 semanas, en comparación con el 18% de las mujeres que desarrollan la depresión pero no muestran la sintomatología maníaca los primeros días (Doucet et al., 2009)

Además, el infradiagnóstico es característico en esta enfermedad debido a que algunos de los síntomas de depresión postparto se pueden confundir con síntomas típicos del postparto (Doucet et al., 2009). Respecto a esto, La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal dice que el hecho de padecer depresión postparto y no recibir un diagnóstico puede hacer que las madres acudan menos a las citas y revisiones médicas y que aumenten el consumo de tóxicos. Si la depresión postparto comienza en el embarazo, también aumenta el riesgo de partos prematuros. Según Doucet et al.,(2009) la mala adherencia al tratamiento farmacológico es más notable en la depresión postparto que en otro tipo de depresiones y esto se debe al miedo de pasar el fármaco al bebé

con la lactancia, por miedo a la adicción de los mismos y por los posibles efectos adversos que tengan.

5. DISCUSIÓN

La depresión postparto es una de las complicaciones obstétricas más comunes a nivel mundial y la que más ingresos hospitalarios y complicaciones causa. Aunque se haya visto que no hay evidencia de una causa concreta que provoque la enfermedad, existen factores predisponentes y factores de riesgo que pueden favorecer su aparición. El hecho de ser madre joven, no tener apoyo por parte de la pareja, la posición socioeconómica baja, antecedentes de problemas psiquiátricos y problemas en el embarazo, pueden ser factores que desarrollen la enfermedad. Solamente el 15% de las afectadas reciben un tratamiento y un diagnóstico adecuado. Se trata de una enfermedad compleja la cual no cuenta con profesionales suficientes formados en ello. Los trastornos psiquiátricos en el embarazo muchas veces se pasan por alto o se tratan de manera incorrecta. No solo por la falta de formación, sino también por el desconocimiento de la enfermedad por parte de las familias y madres, por la mala adherencia al tratamiento farmacológico, efectos adversos de los medicamentos, miedo a la intoxicación de la leche materna, así como el difícil acceso a los recursos de salud mental (Goedde et al., 2021). De aquí viene la necesidad de conocer las actividades de prevención y detección por parte de enfermería, así como conocer el rol de enfermería en su tratamiento (Doucet et al., 2009)

El Consejo Internacional de Enfermería, dice que las acciones de enfermería son promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Aunque existen algunos protocolos acerca de acciones de enfermería en la prevención y la detección de la depresión postparto, éstos no siempre se ponen en práctica. La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para La Depresión Perinatal recalca la importancia de reflexionar acerca de las distintas acciones por parte de enfermería para el abordaje de esta enfermedad ya que no todas son iguales.

En primer lugar, se ha comprobado que un buen cribado y una buena detección hace que el pronóstico sea mucho mejor y las consecuencias menos peligrosas. El cribado es más efectivo cuando se realiza a mujeres con riesgo de padecer depresión postparto. Por ello, las herramientas de cribado y de detección ocupan un

papel relevante en los cuidados preventivos de la enfermedad. Ya se han mencionado previamente herramientas como la Escala de Edimburgo, la Escala de Cribado de la Depresión Postparto, el Postpartum Depression Predictors Inventory y la El Cribado del Riesgo de Autolesión o Suicidio Materno. No sirven de herramienta diagnóstica pero sí que dan información acerca de los síntomas depresivos, riesgo de padecer la depresión postparto y el estado general psicológico de la madre. Aún así, no se emplean de manera extendida y no todas las madres reciben estos cuidados o este cribado preventivo (Rush, 2012) (Horowitz et al., 2013)

Cabe destacar, que también existe una herramienta de cribado llamada Inventario predictivo de la depresión postparto (PDPI). Esta escala podría ser muy valiosa si se aplicara de manera habitual por parte de las matronas, enfermeras generalistas y enfermeras comunitarias, ya que ayuda a identificar a mujeres que tienen riesgo de padecerla incluso antes de haber sido madres, con lo que esto mejoraría su detección y su posterior tratamiento. El cribado no requiere de mucho tiempo y se puede realizar antes y después del parto. Algunos de los factores predictivos que recoge son la autoestima, estado socioeconómico, síntomas depresivos en el embarazo etc. (Kennedy et al. 2013)

En el Anexo II se muestra las preguntas que recoge la escala PDPI

Tanto las visitas a domicilio como el seguimiento telefónico resultaron efectivos en la detección y prevención de la depresión postparto. Sin embargo, las visitas a domicilio son intervenciones más individualizadas y flexibles. Además, se puede poner en práctica de manera más efectiva la valoración integral y la escucha activa que con el seguimiento telefónico. De hecho, según La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para La Depresión Perinatal, las visitas a domicilio resultan ser la actividad más efectiva por parte de enfermería para la prevención de esta enfermedad.

La prevención y la detección siempre debe ir ligada a una buena educación. Cuando las enfermeras realizan visitas a domicilio o tienen un seguimiento telefónico, se apoyan en la observación, en la escucha y sobre todo en la educación. El conocimiento previo de la enfermedad, de sus síntomas y de cuidados para el autocuidado son efectivos en la prevención de la enfermedad. Educando se puede

ayudar a romper el estigma y el miedo que existe alrededor de esta enfermedad Ho et al., (2009) Logsdon et al., (2010)

Respecto al tratamiento de la depresión postparto, se ha encontrado evidencia de que existen actividades efectivas por parte de enfermería. Si bien la psicoterapia se ha puesto en el centro de las actividades, es importante diferenciar los distintos tipos. Tanto la psicoterapia cognitivo-conductual como la interpersonal resultan ser efectivas. Sin embargo, según La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal, la terapia cognitivo-conductual resulta tener un mayor coste-efectividad que la interpersonal.

Además, es importante tener en cuenta que la terapia interpersonal por vía telefónica es más efectiva para las mujeres que viven en zonas rurales o en comunidades remotas (Dennis et al., 2015). Esto pone en evidencia, que las intervenciones deben adaptarse a las características de cada individuo y, además, deben ser evaluadas para comprobar su eficacia.

El estudio realizado por Tezel & Gözüm., (2006) puso también en el centro la valoración integral de la enfermera como método efectivo para el tratamiento. Este estudio demostró que la atención continuada de la enfermera mediante la valoración NANDA y la planificación de actividades individualizadas, fue más efectiva que la formación a las pacientes con conocimientos y capacitación de la toma de decisiones.

Debido a que no existe una única causa o factor que provoque la enfermedad, hace que su diagnóstico, prevención y tratamiento sean complicados y complejos. Además, no existe un consenso a la hora de determinar los periodos en los que puede darse la enfermedad. La mayoría de los autores dicen que desde las dos primeras semanas postparto hasta el año de después al parto es la franja donde aparece la enfermedad. Sin embargo, algunos estudios dicen que muchas madres tienen riesgo de padecerla o muestran señales de empezar a padecerla en momentos previos al postparto Kennedy et al., (2003).

Aunque existe evidencia de la efectividad de la intervención de las enfermeras en el área de la salud mental y de la depresión postparto, muchas muestras empíricas no

son del todo válidas ya que algunos de los estudios no cuentan con muestras suficientemente grandes como para sacar conclusiones firmes, otros tienen abandonos de las participantes y otros cuentan con resultados del tipo cualitativo más que del tipo cuantitativo Doucet et al., (2009)

Por otro lado, si bien las actividades de intervención mencionadas resultan ser efectivas por separado, es necesario recordar que los cuidados de enfermería deben ir dentro de un cuidado interdisciplinar. Los resultados del estudio de Goedde et al., (2021) dejaron claro que el cuidado de las enfermeras psiquiátricas fue efectivo gracias a que se dio dentro de los programas de las Clínicas Multidisciplinares de Salud Mental Obstétrica. No se trata de encasillar a cada profesional en su función, sino de fomentar el trabajo en equipo para mejorar los cuidados, y en el caso de la depresión postparto más aún, ya que existe mucha desinformación y prejuicios Kennedy et al., (2003)

En el grupo multidisciplinar de profesionales entran enfermería, pediatras, psiquiatras y trabajo social, y cada uno de ellos tiene un papel fundamental. Está claro que las enfermeras de salud mental y las matronas tienen la responsabilidad de abordar la enfermedad. Sin embargo, la enfermera comunitaria y la de pediatría entran dentro del grupo multidisciplinar y no siempre se tienen en cuenta a pesar de que sean las que tienen un seguimiento muy cercano con la madre en este momento vital, y mucho más después del parto. Se ha demostrado que las enfermeras crean vínculos muy cercanos con los pacientes (Rush, 2012). De hecho, según La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal, existe evidencia de que una asistencia multidisciplinar con un enfoque integral y holístico, mejora el abordaje de la depresión postparto. No solo eso, sino también pone de relieve la necesidad de facilitar el acceso a todos los recursos o servicios que proporcionen ayuda en salud mental. Para ello, se necesita que estos servicios de apoyo se integren en todos los servicios de salud perinatal.

Respecto al equipo multidisciplinar, la enfermera de pediatría es la que lleva un seguimiento estrecho justo después del parto y tiene la oportunidad de ver la evolución de la madre y de su vínculo con el bebé y con la pareja. Dentro de las consultas de pediatría se pueden valorar de manera indirecta factores predictores

de depresión postparto como pueden ser la fatiga, el descanso nocturno, los miedos, los cuidados al bebé, las frustraciones etc. No tiene porqué adquirir el rol de prevenir o cribar, pero sí que por medio de la observación, de la escucha activa y de algunas preguntas, puede detectar signos de alarma. Por otro lado, la enfermera comunitaria tiene la oportunidad de estar en contacto con la matrona de referencia, equipo de ginecología y con la enfermera de pediatría para debatir y consultar el estado de la paciente (Van Lieshout et al., 2022) (Kennedy et al., 2003)

Cabe destacar el papel de las enfermeras especializadas en obstetricia y ginecología. Junto con las enfermeras generalistas, son la figura que más tiempo acompaña a la mujer en el periodo del parto y del postparto. Estas enfermeras son las más formadas en el área pero reclaman una falta de formación y de recursos en el área de las patologías mentales asociadas al parto y postparto. Tanto los recursos como la formación en salud mental siempre se ven limitados y demuestran ser insuficientes para toda la demanda que existe, haciendo que el abordaje de la depresión postparto no se priorice. Es por ello, que el camino debe ir hacia abogar porque los trastornos del ánimo reciban lugares importantes en los planes de estudios de enfermería. Los protocolos del área de salud mental deberían ser más firmes y eficientes. El desarrollo y la formación de los profesionales va desde la educación.(Doucet et al., 2009) (Kawashima et al., 2022)

Para mejorar el abordaje de esta enfermedad, el foco debería ponerse en formar a los profesionales que ya existen, ya que son ellos mismos los que reclaman recibir una mejor formación y piden centrar los conocimientos para poder estar a la altura de los cuidados necesarios en esta enfermedad (Doucet et al., 2009). De hecho, La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal dice que el equipo interdisciplinar necesita de formación y educación continuada para poder realizar las actividades de prevención, cribado e intervención de manera eficaz. La formación tiene que ir encaminada a seguir proporcionando cuidados a la madre incluso después del parto, ya que en la cultura occidental se suele centrar la atención en el bebé una vez su nacimiento. Esta formación ayuda a mejorar la comprensión sobre la enfermedad, a desarrollar nuevas capacidades comunicativas y de escucha, a mejorar las valoraciones de salud mental etc.

Respecto al infradiagnóstico, puede desencadenar, junto con el abordaje sin conocimientos o formación en depresión postparto, en problemas a largo plazo y graves repercusiones económicas, psicológicas y sociales. Estas repercusiones van desde el impacto negativo en los vínculos sociales de la madre, incluido el vínculo materno-filial, hasta el aumento del riesgo del suicidio e infanticidio. No solo eso, sino que también se ha detectado un aumento del riesgo de padecer trastornos obsesivo-compulsivos y la ansiedad. (Posmontier et al., 2016) (Kennedy et al., 2003). Según el Instituto Nacional de Estadística el suicidio es la principal causa de muerte no natural en países desarrollados. Este dato debería ser un factor más para explicar la importancia de la prevención y la detección, ya que de esta manera se puede reducir el riesgo de suicidio que tiene la depresión postparto

Además, el hecho de que sea una de las depresiones con mayor tasa de hospitalizaciones hace reflexionar sobre si esto se debe solamente a la gravedad de los síntomas o si puede ser también debido a una mala prevención o gestión comunitaria.

El hecho de que la salud mental es un área de la salud que no tiene tanto desarrollo y recorrido científico como otras, hace que su evolución y conocimiento a nivel sociosanitario sea menor. En el caso de la depresión postparto, se trata de una de las enfermedades mentales más olvidadas, ya que el embarazo se ha percibido en ocasiones incluso como protector de la salud mental de las madres. A ello se suma que la mayoría de los cuidados tras el parto se suelen centrar más en el recién nacido que en la madre (Doucet et al., 2009)

Finalmente, cabe destacar que dentro de la práctica clínica no existe un acuerdo de cuál es el rol de cada profesional dentro del abordaje de la enfermedad. Este problema se puede ver reflejado en la poca aplicación que se hace de las herramientas de cribado, incluso habiéndolo demostrado que son eficaces a la hora de prevenir y detectar la enfermedad de manera temprana (Kennedy et al., 2003).

Es importante recordar que la evaluación de una enfermedad mental tiende a ser más compleja y diversa. La Guía de Buenas Prácticas de Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal dice que no es lo mismo tratar con embarazadas adolescentes que con mujeres de mayor edad, ya que aunque los primeros no sean

muy frecuentes, son un factor de riesgo para padecer la enfermedad. Los profesionales deberían estar abiertos a encontrarse con pacientes que han sufrido abusos, que vienen de culturas y religiones distintas e incluso con pacientes que sean consumidoras. Toda esta diversidad de pacientes hace que los cuidados, valoraciones, cribados y tratamientos necesiten de una atención individualizada y adaptada a las necesidades de cada una.

6. CONCLUSIONES

1. El embarazo es el momento vital de la mujer en el cual tiene más riesgo de padecer depresión, y además es el tipo de depresión que más ingresos hospitalarios necesita.
2. Si bien no existe una causa concreta que provoque la depresión postparto, el escaso apoyo social, ser madre joven, mal descanso, tener una posición socioeconómica baja y tener antecedentes de problemas psiquiátricos son factores predictivos.
3. El cribado mediante escalas específicas de depresión postparto resulta es un método efectivo para la prevención postparto si se realiza a mujeres con riesgo de padecer la enfermedad.
4. Las visitas a domicilio y el seguimiento telefónico son actividades preventivas que reducen el riesgo de padecer depresión postparto
5. La educación acerca de la enfermedad ayuda a prevenir, controlar y conocer los síntomas depresivos a corto y largo plazo, además de reducir el miedo y el prejuicio que se tiene.
6. Tanto las psicoterapias cognitivo-conductuales como las interpersonales son efectivas para el tratamiento de la depresión postparto, siendo la psicoterapia telefónica más efectiva para mujeres que viven en zonas rurales
7. Existe más efectividad en la atención continuada con intervenciones de enfermería que la capacitación en habilidades
8. Las enfermeras son las figuras que están en el lugar correcto y con los recursos necesarios para realizar las actividades de prevención, detección, cribado y tratamiento de la depresión postparto
9. La formación de los profesionales es un aspecto necesario, efectivo y a mejorar dentro del abordaje de la depresión postparto
10. Se necesita un trabajo interdisciplinar para el correcto abordaje de la enfermedad, contando con todos los profesionales de ámbitos comunitarios, hospitalarios y privados

BIBLIOGRAFÍA

- Ampudia, M. K. M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(02), 355-355. [rms202e.pdf \(medigraphic.com\)](#)
- Besteiro, E. M., Aliaga, M. T., Pineda, M., Alegre, J. M., Berlanga, J. F., & Martín, P. B. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(1), 37-48. [Vista de La depresión postparto : un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas \(uned.es\)](#)
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., & Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e97. [es \(scielosp.org\)](#)
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(1), 39-48. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Carrizo, E., Domini, J., Quezada, R. Y. J., Serra, S. V., Soria, E. A., & Miranda, A. R. (2020). Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3321-3334. [SciELO - Salud Pública - Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa \(scielosp.org\)](#)
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*, (2). <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/epdf/full>
- Dennis, C. L., Ravitz, P., Grigoriadis, S., Jovellanos, M., Hodnett, E., Ross, L., Zupancic, J *Arch Womens Ment Health* 18, 269–408 (2015). THE INTERNATIONAL MARCÉ SOCIETY FOR PERINATAL MENTAL HEALTH BIENNIAL

SCIENTIFIC CONFERENCE: A Multi-Site Randomized Controlled Trial to Evaluate the Effect of Telephone-Based Interpersonal Psychotherapy by Trained Nurses for the Treatment of Postpartum Depression
<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0488-6>

- Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 0-0. [Actualizaciones en depresión posparto \(sld.cu\)](#)
- Doucet, S., Dennis, C. L., Letourneau, N., & Blackmore, E. R. (2009). Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(3), 269-279. [Differentiation and Clinical Implications of Postpartum Depression and Postpartum Psychosis - Doucet - 2009 - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing - Wiley Online Library](#)
- Espárrago, V. B. (2014). La presencia de enfermería como intervención principal ante un episodio de psicosis puerperal. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 11(72), 8. [La presencia de enfermería como intervención principal ante un episodio de psicosis puerperal - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
- Evans, G., Vicuña, M., & Marín, R. (2003). Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494. [DEPRESIÓN POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN DE SALUD \(scielo.cl\)](#)
- Goedde, D., Zidack, A., Li, Y. H., Arkava, D., Mullette, E., Mallowney, Y., & Brant, J. M. (2021). Depression outcomes from a fully integrated obstetric mental health clinic: A 10-year examination. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(2), 123-133. [Depression Outcomes From a Fully Integrated Obstetric Mental Health Clinic: A 10-Year Examination - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Ho, S. M., Heh, S. S., Jevitt, C. M., Huang, L. H., Fu, Y. Y., & Wang, L. L. (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of

- postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient education and counseling*, 77(1), 68–71. [Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 42(3), 287–300. [Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression - PubMed \(nih.gov\)](#)
 - Jadresic, E. (2017). Depresión posparto en el contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 874-880. [DEPRESIÓN POSPARTO EN EL CONTEXTO DEL HOSPITAL GENERAL - ScienceDirect](#)
 - Kawashima, A., Detsuka, N., & Yano, R. (2022). Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding. *Journal of Rural Medicine*, 17(1), 40-49. [Sleep deprivation and fatigue in early postpartum and their association with postpartum depression in primiparas intending to establish breastfeeding \(jst.go.jp\)](#)
 - Kennedy, H. P., Beck, C. T., & Driscoll, J. (2003). Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. *Matronas profesión*, 4(13), 4-18. [vol4n13pag4-18.pdf \(federacion-matronas.org\)](#)
 - Kornaros, K., Zwedberg, S., Nissen, E., & Salomonsson, B. (2018). A hermeneutic study of integrating psychotherapist competence in postnatal child health care: nurses' perspectives. *BMC nursing*, 17(1), 1-10. [A hermeneutic study of integrating psychotherapist competence in postnatal child health care: nurses' perspectives | BMC Nursing | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)
 - Loaiza, N. V., Dachner, A. P., & Morales, J. A. V. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7),

e261-e261.[Vista de Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto | Revista Medica Sinergia](#)

- Logsdon, M. C., Foltz, M. P., Scheetz, J., & Myers, J. A. (2010). Self-efficacy and postpartum depression teaching behaviors of hospital-based perinatal nurses. *The Journal of perinatal education*, 19(4), 10-16.[Self-efficacy and postpartum depression teaching behaviors of hospital-based perinatal nurses - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Lorenzo-Veigas, A. M., & Soto-González, M. (2014). Factores de riesgo de la depresión posparto. *Fisioterapia*, 36(2), 87-94.<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0211563813001119?token=C1386452599120A6952E033C788B0F069F4BC3152572E9DBE589AEDF110FA7958A71A3A0AC3D838659379A98A3F1C3E0&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230208104019>
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. M., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.[Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto \(medigraphic.com\)](#)
- Organización Mundial de la Salud. *Comunicados de prensa*. Recuperado 30 de marzo de 2022 de [La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto \(who.int\)](#)
- Pérez, C., & Silva, M. A. (2005). Puerperio normal y patológico. *Salina Portillo H, Parrra CM, Valdés RE, Carmona GS, Oropazo RG. Guías Clínicas. Obstetricia. Chile. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile*, 115-23.https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Carmona-5/publication/280938249_Obstetricia_2005/links/55ccf4f208ae1141f6b9ea06/Obstetricia-2005.pdf#page=117

- Place, J. M. S., Allen-Leigh, B., Billings, D. L., Dues, K. M., & de Castro, F. (2017). Detection and care practices for postpartum depressive symptoms in public-sector obstetric units in Mexico: qualitative results from a resource-constrained setting. *Birth*, 44(4), 390-396. [Detection and care practices for postpartum depressive symptoms in public-sector obstetric units in Mexico: Qualitative results from a resource-constrained setting \(wiley.com\)](#)
- Posmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J., & Shaughnessy, R. (2016). Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy by Nurse-Midwives for Postpartum Depression. *Journal of midwifery & women's health*, 61(4), 456–466. [Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy by Nurse-Midwives for Postpartum Depression - PubMed \(nih.gov\)](#)
- RNAO. (2018). *Valoración e intervenciones para la depresión perinatal. Guía de Buenas Prácticas Clínicas 2ª Edición (BPSO), 1-170.* [Guías de buenas prácticas - BPSO España](#)
- Rush P. (2012). The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression. *Maternal and child health journal*, 16(2), 322–327. [The experience of maternal and child health nurses responding to women with postpartum depression - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Sangsawang, B., Deoisres, W., Hengudomsub, P., & Sangsawang, N. (2022). Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5-6), 689-702. <https://doi.org/10.1111/jocn.15928>
- Siles, J. (2016). Historia de los cuidados de salud mental. *Enfermería psiquiátrica*, 3-12. [9348 209..213 \(researchgate.net\)](#)
- Tamaki A. (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *International journal of*

mental health nursing, 17(6), 419–427.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19128289/>

- Tezel, A., & Gözüm, S. (2006). Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. *Patient education and counseling*, 63(1-2), 64–73. [Comparison of effects of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Van Lieshout, R. J., Layton, H., Savoy, C. D., Haber, E., Feller, A., Biscaro, A., Bieling, P. J., Ferro, M. A. (2022). Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 67(6), 432–440. [Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial - PubMed \(nih.gov\)](#)
- Zhuang, C. Y., Lin, S. Y., Cheng, C. J., Chen, X. J., Shi, H. L., Sun, H., ... & Fu, M. A. (2020). Home-based nursing for improvement of quality of life and depression in patients with postpartum depression. *World Journal of Clinical Cases*, 8(20), 4785. [Home-based nursing for improvement of quality of life and depression in patients with postpartum depression - PMC \(nih.gov\)](#)

ANEXOS

Anexo 1: Tabla resumen de los artículos

AUTOR Y AÑO	DISEÑO	OBJETIVO	PRINCIPALES RESULTADOS
Dennis et al., (2015)	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	Evaluar el efecto de la psicoterapia interpersonal basada en el teléfono, proporcionada por enfermeras capacitadas para el tratamiento de la depresión posparto	El tratamiento de la psicoterapia interpersonal por teléfono, impartido por enfermeras capacitadas, demostró ser efectivo para tratar la depresión en madres que vivían en diversas áreas de Canadá. Las madres calificaron a las enfermeras como altamente competentes y consideraron que recibir psicoterapia interpersonal por teléfono era conveniente y satisfacía sus necesidades de tratamiento. La psicoterapia interpersonal por teléfono puede ser una opción de tratamiento innovadora para madres con depresión posparto que viven en zonas remotas o rurales.

Dennis & Dowswell (2013)	Revisión sistemática	Evaluar el efecto de diversas intervenciones psicosociales y psicológicas en comparación con la atención preparto, intraparto o posparto habitual para reducir el riesgo de desarrollar depresión posparto.	Las intervenciones psicosociales y psicológicas, de manera general, reducen significativamente el número de mujeres que desarrollan depresión posparto. Las intervenciones que reducen la depresión posparto incluyen la provisión de visitas domiciliarias intensivas basadas en profesionales, apoyo entre pares por teléfono y psicoterapia interpersonal.
Doucet et al., (2009)	Artículo académico de		La depresión posparto y la psicosis post parto son trastornos serios y debilitantes que pueden afectar a las mujeres. Los profesionales de enfermería pueden evaluar la depresión posparto y la psicosis post parto y ayudar a prevenirlas o tratarlas, ya que durante el periodo perinatal tienen mucho contacto con la mujeres. Es crucial detectar a tiempo los síntomas y proporcionar

	investigación		un tratamiento adecuado y oportuno. Para lograrlo, es esencial la colaboración multidisciplinaria de los diferentes profesionales. Es importante educar a las mujeres sobre los servicios disponibles en caso de que desarrollen síntomas y las graves consecuencias de no recibir tratamiento, durante el embarazo y después del parto antes del alta hospitalaria.
Goedde et al., (2021)	Estudio de base de datos retrospectivo	Examinar los resultados de la depresión en mujeres que acudieron a servicios psiquiátricos ambulatorios entre 2007 y 2017 en una Clínica de Salud Mental Obstétrica totalmente integrada y explorar las	La integración de enfermeras psiquiátricas en un servicio obstétrico ambulatorio puede hacer que los programas de las Clínicas de Salud Mental Obstétrica sean efectivos. Esto puede mejorar el acceso a los servicios, lo que puede llevar a una mejor experiencia durante el embarazo y reducir los síntomas depresivos. La longevidad de esta clínica puede servir como un modelo para que otros centros adopten este enfoque integrado de atención.

		percepciones del equipo obstétrico y de las pacientes sobre las experiencias d en la Clínica de Salud Mental Obstétrica	
Ho et al., (2009)	Artículo de investigación de un estudio controlado o aleatorizado	Evaluar si un programa de educación para el alta hospitalaria que incluye información sobre depresión posparto es efectivo para reducir la morbilidad psicológica en el	Los síntomas de la depresión posparto pueden tener un gran impacto en la vida de las madres, los niños y sus familias. Por lo tanto, es esencial que las enfermeras matronas brinden información sobre la depresión posparto durante la educación al alta para prevenirla o disminuir su gravedad. Esto puede ayudar a superar las barreras que impiden a las mujeres acceder a la atención psicológica en la comunidad.

		período postparto	
Horowitz et al. (2013)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA) con tres fases.	Evaluar la eficacia de una intervención de orientación conductual centrada en las relaciones llamadas Comunicación y Relaciones Efectivas (CARE), en el mejoramiento de la relación materno-infantil en los primeros 9 meses después	La intervención Comunicación y Relaciones Efectivas (CARE) tuvo una eficacia limitada debido a la atención que recibió el grupo de control por parte de la enfermera y al proceso de recopilación de datos, lo que probablemente afectó los resultados y se convirtió en un tratamiento no intencional. Sin embargo, los resultados indican que las visitas a domicilio llevadas a cabo por las enfermeras tuvieron un efecto positivo en los resultados de todos los participantes.

		del parto, específicamente en madres que presentan depresión posparto.	
Kawashima et al., (2022)	Estudio de investigación descriptivo y prospectivo	Estudiar la asociación entre el sueño objetivo y la fatiga en el período posparto temprano, con la depresión posparto en primíparas japonesas que tienen la intención de establecer la	Se ha sugerido una posible relación entre: la depresión posparto en madres lactantes primerizas durante el período posparto temprano y factores como el sueño, la fatiga y la cantidad total de tiempo que dedican a la lactancia materna. Se ha visto que proporcionar un ambiente que permita a las madres lactantes descansar y dormir sin preocupaciones podría resultar beneficioso. Además, se debe destacar la importancia del sueño durante el embarazo y el período posparto temprano. Iniciar los cuidados proporcionados por matronas y/o enfermeras desde el ingreso de la madre en el hospital posnatal podrían desempeñar un papel clave en la prevención de la depresión posparto.

		lactancia materna.	
Logsdon et al., (2010)	Describir la relación entre la autoeficacia y los comportamientos de enseñanza de la depresión posparto de enfermeras perinatales	Estudio transversal, descriptivo y correlacional	En este estudio se ha observado que realizar intervenciones que fomenten la autoeficacia en el personal de enfermería en relación con la enseñanza sobre DPP puede ayudar a identificar a las enfermeras líderes para la enseñanza de pacientes posparto y a adaptar la educación a las enfermeras identificadas como menos propensas a enseñar a los pacientes. Los líderes de enfermería pueden desempeñar un papel importante en la mejora de la salud de dos generaciones de ciudadanos: mujeres posparto y sus bebés.

Posmontie r et al., 2016	Estudio de cohorte prospectiv o	Evaluar la factibilidad, eficacia y aceptabilidad de la psicoterapia interpersonal administrada por teléfono a cargo de una enfermera partera certificada, como tratamiento para la depresión posparto.	The Hamilton Rating Scale for Depression at 8 and 12 weeks was significantly lower among women in the treatment group compared to the control group (Week 8,P=.047; Week 12,P=.029). Client satisfaction was high in both groups. While only 5 out of 8 CNM-IPT counselors continued the intervention until the study's conclusion, CNM-IPT counselor protocol adherence was high
Rush, (2006)	Método de investigaci ón cualitativa	Mejorar la comprensión de la experiencia de las enfermeras del área	En este estudio se ha demostrado que las enfermeras del área materno-infantil tienen una gran oportunidad para identificar a las madres que padecen depresión posparto y ofrecerles una variedad de opciones de tratamiento.

		maternoinfantil que responden a mujeres en riesgo de depresión posparto	
Sansaw ang et al., (2022)	Ensayo controlad o aleatorio simple ciego	Evaluar la eficacia de un programa de apoyo social llamado "Programa de Apoyo Familiar de las Parteras" (MFPSS) para prevenir la depresión posparto (DPP) en madres adolescentes primerizas, a los 3	Se ha demostrado que las intervenciones psicosociales de apoyo, que involucran a matronas y familiares, son efectivas para prevenir la depresión posparto en madres adolescentes y primerizas. Además, se ha observado que los efectos preventivos persisten hasta 3 meses después del parto

		meses después del parto	
Tamaki, (2008)	Estudio de intervención controlado	Examinar la eficacia de las visitas domiciliarias de enfermeras de salud mental en el tratamiento de mujeres japonesas que sufren de depresión posparto.	Los resultados indican que las visitas a domicilio de enfermeras de salud mental para mujeres con depresión posparto fueron muy efectivas para mejorar la calidad de vida y reducir los síntomas de depresión. En el contexto de los servicios posparto, las enfermeras de salud mental podrían brindar un buen apoyo a las madres con depresión, centrándose en su vida diaria y autocuidado, evaluando su estado mental y energía, y estableciendo relaciones de confianza con ellas.
(Tezel & Gözümlü, 2006)	Artículo de investigación	Comparar el impacto de una intervención de enfermería con el	Este estudio sugiere que tanto el cuidado de enfermería como la capacitación en resolución de problemas pueden ser efectivos en el área de atención primaria para tratar los síntomas de depresión posparto en mujeres, y pueden ser utilizados con confianza por enfermeras en este contexto. Además, el cuidado de enfermería fue más efectivo que la educación por sí sola.

		de un entrenamiento en resolución de problemas relacionados con los síntomas depresivos después del parto	
Van Lieshout et al., (2022)	Ensayo controlado o aleatorizado	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal administrada por enfermeras de salud pública con experiencia limitada o nula en psiquiatría para mejorar la	Capacitar a enfermeras de salud pública con poca o ninguna experiencia en psiquiatría para proporcionar terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal efectiva para la depresión posparto (DPP) puede mejorar la depresión, la ansiedad y la relación madre-bebé. Esto podría aumentar la aceptación del tratamiento y mejorar los resultados para las madres, las familias y el sistema de atención médica.

		depresión posparto, la ansiedad, el apoyo social y la relación entre la madre y el bebé.	
--	--	---	--

Tabla 2: Tabla resumen de los resultados. Se trata de una elaboración propia.

Anexo 2: Ítems de la PDPI

APÉNDICE A
Escala revisada de predictores de la depresión posparto (Postpartum Depression Predictors Inventory, PDPI) y preguntas guía para su utilización

Durante la gestación	Marque uno	
Estado civil		
1. Soltera	<input type="checkbox"/>	
2. Casada/cohabita	<input type="checkbox"/>	
3. Separada	<input type="checkbox"/>	
4. Divorciada	<input type="checkbox"/>	
5. Viuda	<input type="checkbox"/>	
6. Parejas	<input type="checkbox"/>	
Estado socioeconómico		
Bajo	<input type="checkbox"/>	
Medio	<input type="checkbox"/>	
Alto	<input type="checkbox"/>	
Autoestima	Sí	No
¿Se siente bien consigo misma como persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente útil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que posee diversas buenas cualidades como persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión prenatal		
¿Se ha sentido deprimida durante la gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, ¿cuándo y por cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?		
Si afirmativo, ¿cuán leve o grave considera usted su depresión?		

APÉNDICE A (continuación)
Escala revisada de predictores de la depresión posparto y preguntas guía para su utilización

	Sí	No
Ansiedad prenatal		
¿Se ha sentido ansiosa durante su gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, ¿cuánto tiempo se ha sentido de esta manera?		
Gestación no planeada/no deseada		
¿Fue una gestación planificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿No desea la gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historia de depresión previa		
Antes de la gestación, ¿había estado alguna vez deprimida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, ¿cuándo experimentó esta depresión?		
Si afirmativo, ¿ha estado usted bajo supervisión médica durante la pasada depresión?		
Si afirmativo, ¿prescribió su médico alguna medicación para la depresión?		
Apoyo social		
¿Cree que recibe un apoyo emocional adecuado por parte de su compañero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que recibe un apoyo instrumental por parte de su compañero (p. ej., ayuda con las tareas domésticas o cuidado del bebé)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que puede confiar en su compañero cuando usted necesita ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cree que puede confiar en su compañero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(repetir las mismas preguntas sobre los miembros de la familia y, de nuevo, sobre los amigos)		
Satisfacción matrimonial		
¿Está satisfecha con su matrimonio, o su situación de convivencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está experimentando, en la actualidad, problemas en su matrimonio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Van bien las cosas entre usted y su compañero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estrés vital		
¿Está usted experimentando actualmente cualquier suceso estresante en su vida como?:		
Problemas financieros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas matrimoniales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad grave en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después del parto, añadir los siguientes aspectos		
Estrés en el cuidado del bebé		
¿Muestra su bebé algún problema de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con la alimentación de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con el sueño de su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperamento del bebé		
¿Considera a su bebé irritable o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llora mucho su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es difícil consolar o calmar a su bebé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristeza posparto		
¿Experimentó usted un breve periodo de lloros o cambios de humor durante la primera semana después del parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 3: Ítems que se recogen en la Escala Postpartum Depression Predictors Inventory (PDPI) (Kennedy et al., 2003)