



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA PREVENCIÓN DE LA
DEPRESIÓN POSTPARTO**

Autora: Arantxa Valleandrés Goyenechea

Tutor: Manuel Frutos Martín

Cotutora: Rosa Hernández Cifuentes

Resumen

La depresión mayor es la primera causa de discapacidad en mujeres a nivel mundial. Cuando el episodio depresivo se produce en el periodo del postparto se denomina Depresión Postparto (DPP), pudiendo aparecer hasta 30 semanas después del parto. La DPP es un fenómeno de salud pública que afecta tanto a la calidad de vida de la madre como a la de su familia. Afecta aproximadamente al 10-20% de las mujeres que han dado a luz recientemente, siendo más frecuente en mujeres con recursos socioeconómicos más bajos y en embarazos adolescentes. Se caracteriza por un gran sentimiento de tristeza, ansiedad e irritabilidad durante la mayor parte del día, acompañado generalmente por anhedonia y trastornos del sueño y del apetito. Los casos más graves pueden desembocar en el suicidio y/o en el infanticidio. La DPP se produce a consecuencia de la presencia de varios factores de riesgo como la existencia de depresión durante el embarazo o la falta de apoyo familiar. Los profesionales de Enfermería han de conocer esta patología, sus factores de riesgo más importantes y las poblaciones más vulnerables para poder reducir su incidencia a través de la prevención y del diagnóstico precoz. Este trabajo es una revisión crítica de literatura e investigación científica que reúne información sobre la DPP y sus aspectos más importantes para aumentar los conocimientos de la Enfermería sobre esta patología y su prevención.

Palabras clave

Depresión Postparto, Cuidados de Enfermería, Factores de Riesgo, Prevención.

Abstract

Major depression is the first cause of disability in women all around the world. When the depressive episode takes place in the postpartum period it is known as Postpartum Depression (PPD), and it can show up to 30 weeks after the childbirth. PPD is a public health phenomenon that affects the quality of life of both mother and family. It affects around 10 and 20% of women who have recently given birth, and it is more frequent in women with lower socioeconomic resources and in pregnant adolescents. It is characterized by an overwhelming feeling of sadness, anxiety and irritability during most part of the day, generally accompanied by anhedonia, and sleeping and eating disorders. The most severe cases can lead to suicide and/or infanticide. PPD is developed as a result of the presence various risk factors, such as the existence of depression during pregnancy or the lack of family support. Nursing professionals should know about this disorder, its most important associated risk factors and the most vulnerable populations, so they can reduce its incidence through prevention and early diagnosis. This paper is a bibliographic review of scientific literature and investigations that includes information about PPD and its most important features in order to increase the nursing knowledge about this disorder and its prevention.

Key words

Postpartum Depression, Nursing Care, Risk Factors, Prevention.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	3
3. Objetivos.....	4
4. Material y métodos	5
5. Desarrollo del tema.....	7
5.1. Contexto histórico	7
5.2. Trastornos mentales de origen en el postparto	8
5.3. Etiología y factores de riesgo	9
5.4. Sintomatología.....	122
5.5. Prevención	133
6. Discusión	211
7. Conclusiones.....	233
8. Referencias bibliográficas	244
9. Anexos.....	I

Índice de tablas

I. Tabla 1.....	5
II. Tabla 2.....	11
III. Tabla 3.....	14

1. Introducción

Los trastornos depresivos son uno de los trastornos mentales más frecuentes e incapacitantes a nivel mundial, afectando a más de 300 millones de personas. Según la OMS¹ (2017), el trastorno depresivo se caracteriza por “la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

La depresión mayor es el trastorno depresivo más frecuente, el cual está caracterizado por un periodo mínimo de dos semanas en el que la persona afectada presenta un estado de ánimo deprimido y/o una falta de interés o de placer en casi todos los momentos del día². Afecta más a mujeres que a hombres, siendo la primera causa de discapacidad en mujeres a nivel mundial^{1,3}. A lo largo de la vida de la mujer, uno de los momentos en el que hay mayor propensión a sufrir este tipo de trastorno mental es tras el parto, ya que es una etapa de numerosos cambios biológicos y psicológicos. Cuando este trastorno aparece durante la etapa del postparto, nos encontramos ante la Depresión Postparto (DPP)⁴.

La DPP es un fenómeno global que afecta tanto a la calidad de vida de la madre como a la de su familia⁴. Es la complicación psiquiátrica más frecuente durante el postparto⁵. El DSM-V® engloba la DPP dentro de la Depresión Perinatal, definiéndola como un trastorno depresivo mayor que tiene su origen durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto, pudiendo aparecer hasta 30 semanas después de éste^{2,6}. Es un trastorno que no solo afecta a la madre, sino también al recién nacido y a las personas de su entorno, pudiendo comprometer su calidad de vida y su salud^{7,8}. Entre sus principales características, destacan un gran sentimiento de tristeza, ansiedad e irritabilidad con el llanto del recién nacido⁷.

Muchos estudios y artículos científicos difieren en la prevalencia de la Depresión Postparto, aunque los estudios más recientes consideran que aparece en un 10-20% de mujeres tras el parto, teniendo mayor prevalencia en mujeres de niveles socioeconómicos más bajos o con insuficiente apoyo familiar^{9,10,11}.

Este trastorno no tiene una causa determinada, sino que se produce a consecuencia de la presencia varios factores de riesgo, como pueden ser la presencia de ansiedad o depresión durante el embarazo, el sufrimiento de un parto traumático o los problemas

con la lactancia^{7,12,13,14}. Otros factores de riesgo a tener en cuenta son los psicosociales o los socioeconómicos, destacando la falta de apoyo familiar y/o social, la edad extrema de la madre (embarazo adolescente)¹⁵, el embarazo no planeado, o el bajo nivel socioeconómico¹⁶. Sin embargo, en ocasiones este trastorno aparece sin la presencia previa de ningún tipo de factor de riesgo asociado¹⁰.

2. Justificación

Durante la etapa del embarazo y el postparto, se producen numerosos cambios a nivel biológico, psicológico y social, aumentando la vulnerabilidad de estas mujeres a padecer trastornos mentales en ese periodo⁴. Es una etapa en la que la madre está sometida a numerosos factores estresantes, como puede ser los cambios en la relación con su pareja y en la estructura familiar, o la aceptación del nuevo papel como madre^{8,17}. Si añadimos a esto situaciones de vulnerabilidad como puede ser el bajo nivel socioeconómico o la maternidad temprana durante la adolescencia, nos encontramos con una situación compleja y de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, en concreto la DPP^{8,17}.

Hasta finales del siglo XX, el embarazo era considerado como un “factor de protección” de la salud psíquica de la madre, es decir, contribuía al mantenimiento de la salud emocional. Posteriormente se realizaron diversos estudios para ver la incidencia de trastornos psiquiátricos durante el postparto, y la atención a la mujer embarazada y los trastornos que pudieran surgir en esa etapa comenzaron a ganar importancia¹⁸.

Actualmente existen numerosos artículos que se centran en el abordaje del tema desde el punto de vista médico en gran medida, por lo que considero relevante destacar el abordaje desde el punto de vista de la Enfermería. El personal de Enfermería ha de conocer este tipo de trastornos y sus consecuencias, ya que cumple un papel importante en la prevención, la identificación y seguimiento de situaciones de riesgo, y en la detección precoz de este tipo de trastornos, siendo clave el papel de la Enfermería en todos los ámbitos de la prevención para reducir este problema de salud pública.

3. Objetivos

General:

- Concienciar sobre la importancia de las actuaciones preventivas desde el ámbito de la Enfermería para reducir la incidencia de la Depresión Postparto.

Específicos:

- Observar y reconocer situaciones de riesgo desde la Enfermería para el desarrollo de la Depresión Postparto.
- Comprender la importancia de una adecuada detección enfermera de poblaciones vulnerables desde la Atención Primaria.
- Conocer las medidas enfermeras más efectivas para la prevención de la Depresión Postparto.

4. Material y métodos

Este Trabajo de Fin de Grado es una revisión crítica de literatura científica e investigación bibliográfica en el que se comparan diferentes artículos y libros de carácter científico.

La información utilizada para su desarrollo se ha obtenido a través de diferentes fuentes documentales como:

- Buscadores o portales: Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro de Control de Enfermedades (CDC), Medline, Pubmed, Google académico, Biblioteca de la Universidad de Valladolid.
- Libros: DSM-V®.
- Revistas científicas: Matronas Profesión, NURE Investigación, American Journal of Obstetrics & Gynecology, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, etc.

Los idiomas utilizados en la búsqueda de información han sido el inglés y el español, empleando diversos “términos clave” para la búsqueda de información. Los principales términos se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 1: Principales “palabras clave” empleadas en la búsqueda bibliográfica

CASTELLANO	INGLÉS
Depresión Postparto	Postpartum Depression
Enfermería / Cuidados de Enfermería	Nursing / Nursing Care
Factores de riesgo	Risk Factors
Prevención	Prevention
Prevalencia	Prevalence
Incidencia	Incidence
Psicosis Postparto	Postpartum Psychosis

Los filtros empleados en la búsqueda de información dentro de los portales utilizados son:

- “Allsites”: engloba fuentes a nivel mundial.
- “Europa”: engloba fuentes a nivel europeo.
- “Últimos diez años”: abarca artículos publicados en los últimos diez años.
- “Artículos mejor valorados”: artículos ordenados según mayor valoración.
- “Full text available”: comprende artículos completos.

Los criterios de inclusión para los artículos escogidos son los siguientes:

- Artículos con información y datos de utilidad para el desarrollo del trabajo.
- Artículos con una antigüedad máxima de 10 años.
- Artículos con fiabilidad científica.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Artículos que no contienen información útil para la realización del trabajo.
- Artículos con una antigüedad mayor de 10 años.
- Artículos sin fiabilidad científica.
- Artículos de pago en los que no se podía acceder al texto completo.
- Artículos basados en estudios realizados en poblaciones con grandes diferencias socioeconómicas con respecto a España.

5. Desarrollo del tema

5.1. Contexto histórico

La DPP comienza a definirse desde la antigüedad, con referencias históricas que datan del año 700 a.C.¹⁸ Hipócrates comienza entonces a establecer una relación entre las alteraciones del estado de ánimo y la etapa tras el parto^{6,17,19}.

Durante el siglo XI y XII, destaca la figura de Trotula di Ruggiero. En su libro *De Passionibus Mulierum Curandum* (año 1100) habla de la melancolía como alteración del ánimo que ocurre en determinados momentos del “ciclo uterino” de la mujer¹⁹.

En el siglo XIX se comienza a considerar la categorización de ciertos trastornos mentales que se dan durante el periodo perinatal y del postparto. A través de la observación, establecían relaciones temporales entre la sintomatología de diferentes trastornos mentales y el periodo del postparto. Algunos autores los relacionaban con la lactancia, como es el caso de Jean-Etienne-Dominique Esquirol (*Des Maladies Mentales*, año 1838) quien defendía como una de las principales causas la imposibilidad de llevar a cabo la lactancia materna, o George Fielding Blandford (*Insanity and its Treatment*, año 1871) quien defendía que la causa se debía a una lactancia llevada a cabo de manera desmedida. Otra figura destacada que sostenía que la causa de estos trastornos radicaba en la lactancia materna, era John MacPherson, quien defendía que se debía al cese repentino o al agotamiento que producía la lactancia en la madre¹⁹.

En la primera mitad del siglo XX hubo un afloramiento de las teorías psicoanalíticas, las cuales defendían que los trastornos mentales del postparto eran culpa de la madre debido a la existencia de conflictos internos por su género, lo que propiciaba un fracaso inconsciente a alcanzar la madurez femenina¹⁹.

Durante la segunda mitad del siglo XX se ha llevado a cabo una clasificación más exhaustiva de los trastornos mentales y se han ido realizando diversos manuales científicos para recogerlos, destacando el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* o la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE)*. Dentro de estos manuales, se recoge la DPP como trastorno depresivo mayor. Durante este periodo se han descrito diferentes causas para estos trastornos: hormonales, disminución de neurotransmisores, predisposición genética, etc.^{2,19}.

Actualmente, no hay aún consenso en el papel exacto que desempeñan los factores genéticos, biológicos y del entorno en la aparición de la Depresión Postparto, pero los artículos científicos más recientes defienden que la depresión postparto es de etiología multicausal^{7,12,13,14,19}.

5.2. Trastornos mentales de origen en el postparto

Como se ha mencionado con anterioridad, la etapa del postparto es un periodo que incluye numerosos factores estresantes que influyen en la salud física y mental de la madre. Hay una serie de trastornos mentales que pueden tener lugar durante esta etapa, siendo necesario diferenciarlos⁴.

A) Maternity Blues o Tristeza Puerperal:

Es una alteración del estado de ánimo a consecuencia de cambios hormonales (disminución brusca de los niveles de progesterona)⁶ y de cambios psicosociales por la nueva situación familiar y social a la que se ha de adaptar la madre. Se caracteriza por una labilidad emocional, una irritabilidad y una facilidad para el llanto¹².

Comienza a los 2 o 4 días tras el parto y tiene una prevalencia del 50-80%, como se muestra en la *figura 1*. No requiere atención médica o psicológica, ya que cede a los pocos días¹².

B) Depresión Postparto:

Es un trastorno depresivo mayor que aparece en el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto, aunque puede presentarse hasta 30 semanas después de éste². Ocurre debido a la presencia de diversos factores de riesgo, como pueden ser: historia previa de depresión, complicaciones obstétricas durante el embarazo o el parto, embarazo en la adolescencia, problemas en el ámbito familiar o social, problemas con la lactancia¹².

Está caracterizado por un estado de ánimo deprimido y una falta de interés o de placer durante casi todos los momentos del día. Destacan sentimientos de tristeza, ansiedad e irritabilidad con el llanto del recién nacido².

Presenta una prevalencia de 10-20%, como se muestra en la *figura 1*^{10,11}. Requiere tratamiento farmacológico y/o psicoterapia¹².

C) Psicosis Postparto:

Es un trastorno psiquiátrico englobado por el DSM-V® como un trastorno depresivo mayor con características psicóticas. Comienza entre 3 y 9 días tras el parto, aunque en ocasiones aparece hasta 6 meses después¹². Es más frecuente en mujeres primíparas o con trastornos psiquiátricos previos, como el Trastorno Bipolar o el Psicótico, y tiene un riesgo de recurrencia de 30-50% en partos sucesivos².

Se caracteriza por una imposibilidad de conciliar el sueño, euforia, inestabilidad emocional e irritabilidad. Puede derivar en ideas delirantes, alucinaciones y hostilidad².

Tiene una prevalencia del 0,1-0,2%, como se muestra en la *figura 1*. Requiere hospitalización, ya que presenta un riesgo para ella misma y para el recién nacido (pueden derivar en infanticidio)².

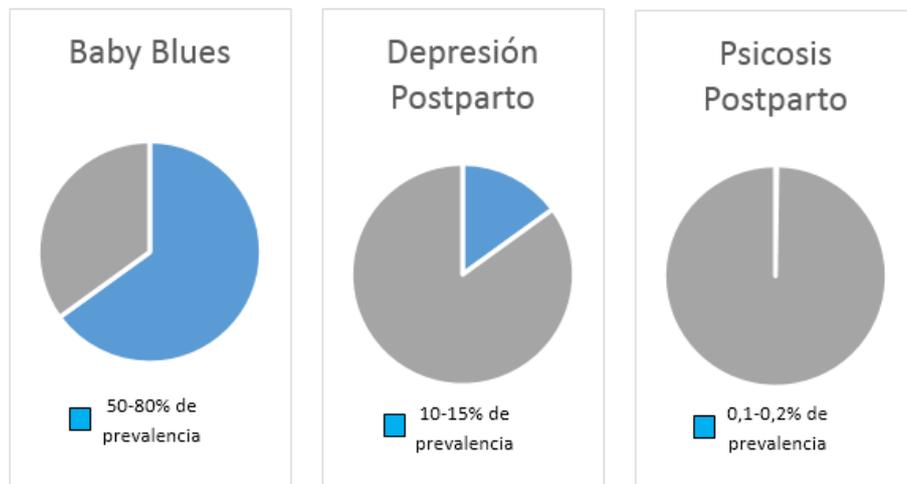


Figura 1: Prevalencia de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el periodo del postparto^{2,10,11,12}

5.3. Etiología y factores de riesgo

Como se ha mencionado anteriormente, no hay una causa concreta que produzca la DPP, sino que es multicausal. Aparece como resultado de una serie de factores de riesgo, como son los antecedentes psiquiátricos y los factores psicosociales, sociodemográficos, y de morbilidad, los cuales se recogen en la tabla 2²⁰.

En cuanto a los factores de riesgo psiquiátricos, destacan la presencia de depresión durante el embarazo y la presencia de otros antecedentes psiquiátricos previos, ya sean a nivel personal o familiar^{9,21}. Un estudio llevado a cabo por Putnam et al.⁹ concluyó que

la presencia de depresión en mujeres durante el embarazo daba lugar a un mayor riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante el periodo del postparto y DPP con sintomatología grave, incluyendo la ideación suicida. Dos estudios llevados a cabo por Urdaneta et al.²¹ y por Faisal-Cury et al.²² concluyeron que alrededor de un 50% de las mujeres diagnosticadas con DPP presentaron depresión durante el embarazo.

Dentro de los factores de riesgo psicosociales, destacan la ausencia de apoyo social y/o familiar, los sucesos vitales estresantes, los embarazos no planeados y/o no deseados o la violencia familiar^{16,23,24}. Un estudio realizado en Turquía por Senturk Cankorur et al.²⁴ relacionó la falta de apoyo familiar con una mayor incidencia de depresión durante el embarazo o DPP.

En cuanto a los factores de riesgo sociodemográfico, influyen en el desarrollo de DPP un bajo nivel socioeconómico y/o educativo, y el embarazo en la adolescencia^{21,25,26,27}. Según un estudio realizado por Bruist et al.²⁷, un bajo nivel socioeconómico y educativo se relaciona con una mayor prevalencia de DPP. Otro estudio realizado por Urdaneta et al.²¹ concluyó que las mujeres con un nivel educativo más bajo (hasta educación primaria) tienen hasta siete veces más riesgo de desarrollar DPP que las mujeres de mayor nivel educativo. Otro estudio llevado a cabo por Tavares et al.²⁸ señaló que las mujeres de menor nivel educativo con DPP presentan hasta cinco veces más riesgo de desarrollar sintomatología grave, destacando la ideación suicida, en comparación con mujeres de mayor nivel educativo con DPP. Con respecto al embarazo en la adolescencia, numerosos estudios presentan resultados contradictorios. Un estudio realizado por Figueiredo et al.²⁹ mostró que las mujeres adolescentes embarazadas presentaban un mayor riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo y el postparto que en mujeres embarazadas adultas, en contraposición con el estudio realizado por Molero et al.²⁶ que concluyó que el riesgo de aparición de DPP es mayor en mujeres adultas que en mujeres adolescentes. Sin embargo, todos los estudios coinciden en el importante riesgo que supone la DPP en embarazos dentro de población adolescente, además de presentar de manera general un insuficiente apoyo social, un bajo nivel socioeconómico, un menor nivel educativo y un mayor riesgo de prematuridad y complicaciones obstétricas, todos ellos factores de riesgo para el desarrollo de DPP^{21,26,28,29,30}.

Dentro de los factores de riesgo de morbilidad, destacan la coexistencia de patologías (diabetes o hipertensión gestacional, obesidad, cardiopatías, drogodependencia, etc.³¹), la pérdida perinatal, las complicaciones obstétricas, el parto por cesárea, los problemas en el recién nacido o los problemas con la lactancia^{9,16,20,21,26}. Un estudio realizado por Urdaneta et al.²¹ relacionó un mayor riesgo de aparición de DPP en mujeres cuyos recién nacidos requirieron ingresos hospitalarios (por enfermedad, prematuridad, etc.), además de demostrar que las mujeres con parto mediante cesárea presentaban hasta tres veces más riesgo de desarrollar DPP que mediante parto vaginal. En relación a la lactancia materna, los estudios realizados por Tashakori et al.³² y Molero et al.²⁶ concluyeron la existencia de un mayor riesgo de desarrollo de DPP en mujeres que no llevaron a cabo lactancia materna frente a las que sí que lo llevaron, considerando la lactancia materna como un factor protector frente a la DPP.

Tabla 2: Principales factores de riesgo para el desarrollo de DPP

Antecedentes psiquiátricos	· Depresión o ansiedad durante el embarazo ^{9,21,22}
Factores psicosociales	· Insuficiente apoyo familiar y/o social ^{16,23,24} · Embarazo no deseado o embarazo no planeado ²³ · Violencia familiar ^{18,23,33}
Factores sociodemográficos	· Bajo nivel socioeconómico y/o educativo ^{20,21,27,28} · Embarazo en la adolescencia ^{21,26,28,29,30}
Factores de morbilidad	· Complicaciones obstétricas ^{15,16,21} · Problemas en el recién nacido ^{20,21,23} · Problemas con la lactancia ^{26,32}

Con respecto a los factores biológicos, numerosos estudios y artículos científicos discrepan en su influencia para el desarrollo de DPP debido a la falta de evidencia. Durante el embarazo, los niveles de progesterona y de estrógenos aumentan. Durante los tres días consiguientes tras el parto, estos niveles hormonales descienden de manera

brusca para alcanzar los niveles previos al embarazo. Se ha relacionado esta caída brusca de niveles hormonales con la ocurrencia de la *tristeza puerperal* debido a la relación temporal existente entre ambos sucesos, aunque diversas teorías hormonales lo consideran como la única causa de DPP. Estas teorías no están demostradas, ya que estas variaciones en los niveles hormonales suceden en todas las mujeres, pero no en todas ellas aparece la DPP¹⁹.

Otras teorías que consideran a los factores biológicos como causa de la DPP son las que defienden su aparición como consecuencia a una predisposición genética. Algunos autores se centraron en las diferencias en la neuroquímica de las mujeres con DPP, investigando la relación entre los cambios hormonales y los niveles de neurotransmisores concretos¹⁹. Entre los estudios realizados, destacan el estudio realizado por Maurer-Spurej et al.³⁴ sobre el estudio de niveles de serotonina plaquetarios, y el estudio realizado por Moses-Kolko et al.³⁵ sobre los niveles cerebrales de serotonina-1A. Ambos estudios reflejaron la existencia de neurodéficits de estos neurotransmisores en mujeres con DPP, pero son estudios realizados en condiciones muy concretas y con muestras muy pequeñas, por lo que no se consideran suficiente evidencia para demostrar estas teorías^{19,34,35}.

5.4. Sintomatología

La sintomatología típica de este trastorno se caracteriza por ansiedad, un estado de ánimo deprimido y una falta de interés o de placer durante casi todos los momentos del día². La madre presenta una irritabilidad frente al llanto del bebé, un agotamiento físico y una dificultad para concentrarse, pudiendo producir problemas en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria (deterioro de la higiene personal, del patrón alimenticio, del vestido, etc.)²⁰ y problemas en la lactancia materna^{7,18,25}. Estos problemas pueden provocar sentimientos de minusvalía y de culpa^{8,17}.

Otros síntomas muy frecuentes en este trastorno, como los cambios en el patrón del sueño y disminución de la libido y del apetito, se consideran normales dentro del periodo del postparto, por lo que hay riesgo de subdiagnosticar este trastorno^{14,23}.

Puede presentarse sintomatología más grave como pensamientos negativos hacia ella misma o hacia el recién nacido, pudiendo llegar al suicidio o al infanticidio^{9,17,18}.

Como se ha mencionado con anterioridad, la DPP no solo afecta a la madre, sino que también afecta al recién nacido^{7,8}. Afecta negativamente a la relación de apego entre la madre y el recién nacido, formándose un vínculo más frágil⁵. Asimismo, afecta al desarrollo de las habilidades comunicativas del hijo, con una mayor frecuencia del llanto y una evitación del contacto visual, y al desarrollo cognitivo, conductual y emocional del niño^{5,18,23}. Los hijos se ven afectados también a largo plazo con un mayor riesgo de padecer accidentes, ingresos hospitalarios y maltrato infantil⁵. Un estudio llevado a cabo por Fritsch et al.³⁶ manifestó que los hijos de madres que padecen depresión muestran una prevalencia de problemas en el ámbito cognitivo y conductual del 49,8%, frente a un 15% de prevalencia en una muestra de niños dentro de la población general, utilizando el mismo método para su evaluación.

5.5. Prevención

La Enfermería cumple un papel muy importante en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en relación a la atención de los ciudadanos, sus familias y la comunidad a la que pertenecen, prestando sus servicios en Centros de Salud, en las residencias de los usuarios y en espacios comunitarios. Llevan a cabo su actividad a través del desarrollo de relación terapéutica de confianza con los ciudadanos que acuden a las consultas de Enfermería de Atención Primaria. Mediante esta relación terapéutica conseguimos que los ciudadanos nos expresen sus dudas y preocupaciones, conseguimos que se impliquen en sus cuidados y fomentamos su autonomía en medida de lo posible. Estos cuidados se pueden realizar a través de la implementación de los servicios incluidos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria³⁷. Uno de los ámbitos de actuación enfermera más importantes es el ámbito de la prevención.

En el Glosario Promoción de la Salud, la OMS³⁸ (1998) define el término *prevención* como “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”. Existen diferentes niveles en el ámbito de la prevención^{38,39}:

- Prevención primaria: está dirigida a reducir o evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, a través de la reducción de la exposición a un factor de riesgo.

- **Prevención secundaria:** dirigida a diagnosticar precozmente un problema de salud o enfermedad a través de un cribado o *screening*, para comenzar lo antes posible con un tratamiento, reduciendo así sus posibles efectos nocivos.
- **Prevención terciaria:** dirigida a reducir o detener una patología ya presente a través de un adecuado tratamiento y rehabilitación, para reducir las secuelas y las posibles recidivas.

En este trabajo, la prevención en el ámbito de la Enfermería se centra en la prevención primaria y secundaria.

A) Prevención Primaria:

Cuando una mujer está embarazada o planea estarlo, acude a numerosas consultas para realizar un seguimiento de su estado de salud y embarazo, además de acudir para el tratamiento de diversos problemas de salud que le puedan surgir. Realizan las consultas con diferentes miembros del equipo de salud, como por ejemplo su ginecólogo o su matrona, pero también acuden a la consulta de la enfermera de AP. Los servicios en los que están incluidas de manera general son los incluidos en la siguiente tabla:

Tabla 3: Servicios de Atención a la mujer embarazada en Castilla y León³⁷

Atención a la mujer embarazada	Mujeres embarazadas a las que se realiza un seguimiento periódico a través de varias consultas
Educación maternal	Mujeres embarazadas, incluidas las mujeres que hayan sido ingresadas o que hayan tenido un aborto, a las que se realiza una sesión grupal de educación maternal antes de la semana 32 de embarazo
Visita en el primer mes postparto	Mujeres que acaben de dar a luz, a las que se les realiza una consulta en los 10 primeros días tras su alta hospitalaria, antes de terminar el primer mes del postparto

Para examinar el programa entero, ver anexo 1³⁷

Como se ha mencionado con anterioridad, lo principal dentro de la prevención primaria es evitar la aparición de una enfermedad, en este caso la evitación de la DPP, a través de la reducción de la exposición a los factores de riesgo que la producen. Para ello, es muy importante observar las posibles situaciones de riesgo que se produzcan en las mujeres embarazadas, y ser capaces de reconocer desde el ámbito de la AP las poblaciones con mayor vulnerabilidad para desarrollar DPP, intentando reducir los factores de riesgo.

Dentro de la Cartera de Servicios de AP, encontramos que se consideran poblaciones vulnerables a las siguientes poblaciones³⁷:

- Madres adolescentes.
- Ausencia de pareja.
- Situación de marginalidad social: inmigrantes, etnias, etc.
- Violencia familiar.
- Drogodependencia.

Igualmente, hay factores de riesgo que influyen de manera muy notable en la aparición de DPP, como son:

- La presencia de depresión durante el embarazo^{9,21,22}.
- La ausencia de apoyo familiar y/o social^{16,23,24}.
- Embarazo no planeado²³.
- Complicaciones obstétricas^{16,18,21}.
- Problemas en el recién nacido^{26,28,32}.
- Problemas con la lactancia^{26,32,40}.

Es necesario comprender la importancia de reconocer estas poblaciones y situaciones de riesgo debido a la notable posibilidad que presentan de desarrollar DPP, por lo que debe realizarse un seguimiento periódico durante el embarazo y el postparto inmediato.

· *Embarazo en la adolescencia:*

Según la OMS⁴¹ (2017), la adolescencia es el periodo que transcurre entre los 11 y los 19 años, considerando el embarazo adolescente el que tiene lugar dentro de este periodo de edad. Su prevalencia a nivel mundial es del 11% con respecto a todos los embarazos⁴¹.

El embarazo adolescente se caracteriza por ser una situación en la que se presentan numerosos cambios a nivel físico, psicológico y social propios de la adolescencia, añadidos al nuevo papel como madre que ha de asumir³⁰. Asimismo, hay que añadir el riesgo de morbilidad e incluso mortalidad debido a complicaciones obstétricas que puedan surgir en la madre durante el embarazo o el parto, además del mayor riesgo de prematuridad que se presenta en el recién nacido^{15,30}.

En numerosas situaciones, las adolescentes se encuentran en un ambiente de insuficiente apoyo familiar, bajos ingresos económicos y bajo nivel educativo¹⁵. Muchos de los embarazos son no planeados lo cual, unido a un abandono del seguimiento del embarazo por AP, condiciona un gran riesgo para el desarrollo de DPP²¹.

Desde la AP, hay que reconocer estas situaciones y establecer una buena relación terapéutica con la madre adolescente para poderla incluir así en los servicios de atención a la mujer embarazada como población de riesgo. Es importante conseguir que, a través de los recursos que tengan disponibles y la educación para la salud maternal, sean capaces de planear el embarazo adecuadamente y aceptar su nuevo rol como madre. Dentro de la educación maternal se dará importancia a varios aspectos, destacando la información sobre los cambios que conlleva el embarazo, el parto y la nueva situación a la que se enfrentará durante el puerperio, la importancia de llevar a cabo lactancia materna y de los cuidados en el recién nacido³⁷.

Es importante identificar y actuar frente a situaciones añadidas de riesgo, como puede ser la violencia familiar, la ausencia de pareja o la drogodependencia³⁷.

· *Depresión durante el embarazo:*

Uno de los factores de riesgo más influyentes en el desarrollo de la DPP es la presencia de depresión en el embarazo, ya que estudios demuestran que hasta un 55% de las mujeres diagnosticadas con DPP presentaron depresión durante el embarazo^{21,22}.

Las características de la depresión durante el embarazo son las incluidas en la depresión mayor, la cual se caracteriza por un periodo mínimo de dos semanas en el que la persona afectada presenta un estado de ánimo deprimido y/o una falta de interés o de placer en casi todos los momentos del día^{2,18}.

Hay una mayor prevalencia durante el primer trimestre del embarazo (etapa de numerosos cambios físicos, psicológicos y sociales) y alrededor de la semana 36 (mayor preocupación por la proximidad del parto)³³. También va asociada a factores de riesgo como un embarazo no planeado, violencia familiar, dificultades financieras o falta de apoyo familiar y/o social³³. Según el estudio realizado por Pimentel Lima et al.³³, el 72% de las mujeres que tuvieron un embarazo no planeado o deseado desarrolló depresión durante el embarazo.

Es importante la detección y tratamiento de esta patología debido a todas las consecuencias negativas que produce, incluido un gran riesgo de DPP¹⁸. El tratamiento se llevará a cabo a través de la psicoterapia (técnicas de relajación y de disminución de la ansiedad, terapia grupal, etc.) y/o la farmacoterapia¹⁸. Es importante vigilar de cerca el tratamiento farmacológico en mujeres embarazadas o que estén con lactancia materna, ya que no hay estudios sobre la eficacia de antidepresivos en mujeres embarazadas⁴². Se debe intentar evitar su utilización durante el primer trimestre del embarazo (periodo de formación de los órganos)^{18,42}. Para ver la clasificación teratogénico de los fármacos según su categoría de riesgo en el embarazo, ver anexo 2⁴³.

Actualmente, se suelen utilizar Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) como la Sertralina o el Citalopram¹⁸. Según un estudio realizado por Ellfolk et al.⁴⁴ no hay resultados concluyentes sobre el riesgo que presentan los ISRS, aunque refiere una posible asociación entre el uso de Fluoxetina o Paroxetina y el aumento del riesgo de malformaciones cardiovasculares.

Es importante realizar un seguimiento desde la AP de las mujeres embarazadas con sospecha o diagnóstico de depresión y, en éstas últimas, desde psiquiatría. Aprovecharemos sus consultas en AP para valorar su estado y su evolución.

· *Violencia de género en mujeres embarazadas:*

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE)⁴⁵, la violencia de género es “todo acto de violencia física o psicológica (incluidas las agresiones a la libertad sexual, las

amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad) contra una mujer” ejercida por su pareja, ya sea presente o pasada, o por un hombre de su entorno cercano. Según los datos del INE, 27624 mujeres fueron víctimas de violencia de género en el año 2015, 60 de las cuales fueron asesinadas^{45,46}.

Con respecto a las cifras de violencia de género en mujeres embarazadas, el estudio más reciente de contenido fiable en España es el realizado en 2004 por Gómez et al.⁴⁷, mostrando una prevalencia del 7%.

Otro estudio realizado en la comunidad de Murcia por Martínez Galiano⁴⁸ sobre el conocimiento de matronas y ginecólogos sobre la violencia de género en el embarazo, concluyó que un 95% de ellos consideraba no disponer de los recursos necesarios para el abordaje adecuado de la atención de mujeres en esta situación, y un 98% consideraba necesaria una formación sobre este asunto.

La violencia familiar es una situación que condiciona un gran riesgo de desarrollar DPP, además de todos los riesgos físicos y psicológicos^{8,18,33}. Es importante incluir a todas las mujeres en las que haya sospecha de malos tratos dentro del programa de Servicio de detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género y, si hay confirmación por parte de la víctima, se incluirá en el Servicio de atención a las mujeres víctimas de violencia de género³⁷. En este servicio se incluyen³⁷:

- Una valoración biopsicosocial, del tipo de violencia, y del riesgo que supone.
- Un plan de cuidados individualizado.

· *Lactancia materna:*

La lactancia materna es la alimentación del recién nacido y del lactante a través de la lactancia materna para su crecimiento y desarrollo adecuados^{49,50}. Según la OMS⁴⁹, una alimentación a través de lactancia materna exclusivamente es suficiente para el desarrollo y crecimiento del lactante, aportándole beneficios tanto a él como a la madre. A los seis meses, los nutrientes que aporta la lactancia materna son insuficientes para cubrir sus necesidades, por lo que es necesario comenzar a introducir alimentación complementaria, además de continuar con lactancia materna hasta los 2 años⁴⁹. También tiene una serie de beneficios en la madre, como la contribución al bienestar emocional de la madre y la disminución de riesgo de cáncer de ovario y de mama.

La producción de leche se debe entre otros factores a la acción de la progesterona, de la prolactina y de la oxitocina⁵⁰. Durante el embarazo, la hipófisis secreta prolactina a consecuencia del incremento de los niveles de estrógenos y de progesterona. Los niveles aumentados de progesterona inhiben la acción de la prolactina por lo que, en las horas/días posteriores al parto, se produce un descenso en los niveles de progesterona, estimulando la producción de leche. También produce una liberación de oxitocina cuando se estimula el pezón de la madre, la cual ayuda a la salida de leche^{19,50}.

Con respecto a la relación entre lactancia materna y DPP, inicialmente se pensaba que una de las causas que producía problemas con la lactancia era la DPP. Actualmente se ha comprobado que es una relación bidireccional, ya que los problemas en la lactancia influyen en el riesgo de aparición de DPP, y viceversa²⁵. La lactancia materna se considera un factor protector frente a la DPP según numerosos artículos^{20,25,32}. En cambio, un estudio realizado por Borra et al.⁴⁰ considera como factor protector a la intención de realizar lactancia materna. El estudio realizado en mujeres que no presentaron depresión durante el embarazo, reflejó que llevar a cabo lactancia materna reducía el riesgo de DPP si durante el embarazo tenían la intención de llevarla a cabo, en contraposición con las que no tenían intención de llevarla a cabo, en quienes aumentó el riesgo de desarrollar DPP⁴⁰. En mujeres que habían presentado sintomatología depresiva durante el embarazo, se reflejó también el efecto protector de la intención y realización de lactancia materna, pero en menor medida⁴⁰.

Es importante informar adecuadamente a las mujeres embarazadas o que planean estarlo sobre los beneficios de llevar a cabo la lactancia materna, normalmente realizado por la matrona³⁷. El personal de AP debe estar debidamente informado sobre la lactancia materna para poder resolver todas las dudas que se planteen.

B) Prevención secundaria:

La DPP es un trastorno que pasa desapercibido en numerosas ocasiones ya que, como se ha mencionado anteriormente, los cambios en el patrón de sueño y la disminución del apetito y de la libido se consideran normales durante el periodo del postparto^{14,23}. También se puede dar la circunstancia de que la madre no busque ayuda ya que le supone una gran dificultad dar prioridad a su estado emocional o ya que le produce vergüenza o terror las críticas que pueda recibir⁵.

La realización del cribado de DPP se basa en su detección precoz para comenzar cuanto antes con su tratamiento. Hay diferentes instrumentos validados para su realización, destacando:

· *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS):*

Es una escala validada para la detección DPP, siendo de gran sensibilidad (hasta casi 100%) y especificidad (82%) para ésta, aunque algunos estudios han demostrado su fiabilidad para la detección de depresión perinatal¹⁷. El cuestionario consta de 10 ítems, cada uno de los cuales puntúa de 0 a 3, siendo 30 la máxima puntuación. Es importante decir a la madre que responda a los ítems en función de cómo se sintió en los últimos 7 días¹⁷. Para examinar la escala, ver anexo 3⁵¹.

Resultados¹⁷:

- Puntuación < 10 → sin riesgo de DPP.
- Puntuación 10 – 20 → riesgo de DPP.
- Puntuación > 20 → DPP.

Es un método de screening barato y breve que nos ayuda en la identificación de poblaciones vulnerables¹⁷.

· *Patient Health Questionnaire (PHQ):*

Es un instrumento para el cribado de la depresión³. Hay diferentes tipos en función del número de ítems que contenga⁵². Asimismo, el PHQ-9 contiene nueve ítems, el PHQ-4 contiene 4 ítems y el PHQ-2 contiene dos ítems⁵². Son muy sencillos y breves, siendo el más utilizado el PHQ-9, cuyos ítems se corresponden a los síntomas de la depresión descritos en el DSM-IV, aunque se ha demostrado que también es válido para los del DMS-V6⁵. Para examinar la escala, ver anexo 4⁵².

· *Inventario para la Depresión de Beck – II (BDI-II):*

Es un instrumento utilizado en la detección de sintomatología depresiva a través de 21 ítems. Es de menor fiabilidad que los cuestionarios anteriores⁵³.

6. Discusión

El embarazo es una etapa de numerosos cambios físicos y psicológicos en la madre y en su entorno, los cuales continúan tras el parto. Se ha de acostumbrar a un nuevo cuerpo, a una nueva estructura familiar y a su nuevo rol como madre. Con respecto al postparto, nos encontramos ante una etapa de gran vulnerabilidad en la que hay riesgo de aparición de DPP. La DPP es un trastorno de graves consecuencias que aparece a consecuencia de numerosos factores de riesgo, presentando una mayor prevalencia entre poblaciones vulnerables expuestas a ellos.

Según numerosos artículos consultados, la incidencia mundial de esta patología se está incrementando. A pesar de todo lo anterior, la depresión postparto sigue siendo una patología poco conocida dentro del ámbito sanitario. La mayoría de los artículos consultados para la elaboración de este documento son extranjeros, ya que hay pocos estudios actuales desarrollados en España. Para ampliar la búsqueda y poder acceder a más artículos de relevancia, se ha accedido a artículos en inglés y en español, consiguiendo así comparar la prevalencia y las diferentes medidas de actuación en función de las distintas poblaciones.

Todos los estudios consultados han demostrado una mayor prevalencia de DPP dentro de poblaciones con escasos recursos económicos, en mujeres con una insuficiente red social de apoyo y en mujeres que han desarrollado depresión durante el embarazo. Esto refleja la necesidad de saber reconocer estas poblaciones vulnerables para poder realizar un seguimiento adecuado e intentar reducir la incidencia a través de las medidas preventivas y de cribado de DPP. Un buen momento para desarrollar estas acciones desde el ámbito de la Enfermería es desde las consultas de AP. Las mujeres embarazadas y las mujeres que han dado a luz recientemente, no solo acuden a los especialistas médicos y enfermeros de obstetricia y ginecología, sino que también acuden a la consulta de Enfermería en el Centro de Salud. Es conveniente aprovechar estas consultas para comprobar la situación de la madre, realizando un seguimiento desde AP sobre todo en mujeres de poblaciones vulnerables y expuestas a diversos factores de riesgo. No hay que olvidar que este trastorno pasa desapercibido en numerosas ocasiones, ya que los cambios en el patrón del sueño o en el apetito son normales durante el postparto, por eso es necesario indagar en el estado emocional de la madre.

Con respecto a las limitaciones en la elaboración del trabajo, me he encontrado con pocos artículos actuales que describan la situación actual de DPP dentro de nuestro país. Muchos artículos encontrados no han sido seleccionados para la elaboración del documento debido a la absoluta diferencia en cuanto a la situación y a los datos descritos. Otro factor limitante ha sido la imposibilidad de acceso completo a numerosos artículos ya que era necesario realizar un pago por ellos.

A través de la elaboración de este documento, he podido comprobar la importancia de conocer esta patología. Numerosos profesionales de la salud no conocen realmente esta patología o los factores de riesgo implicados, por lo que es importante que el personal se informe sobre ello, sobre todo en el ámbito de la Enfermería, ya que es un campo que está en contacto continuo con la población, especialmente en la AP.

7. Conclusiones

- Desde el ámbito de AP, es importante que los profesionales de Enfermería conozcan esta patología y sus factores asociados para poder aplicar medidas preventivas y de detección precoz eficaces, reduciendo la incidencia de esta patología. como son la educación maternal, la reducción de los factores de riesgo, la promoción de la lactancia materna o el cribado de DPP.
- Como profesionales de la Enfermería, debemos conocer los principales factores de riesgo que propician el desarrollo de DPP, entre los cuales se encuentran la presencia de depresión durante el embarazo, un apoyo familiar y/o social insuficiente, un embarazo no planeado o la violencia en el ámbito familiar.
- Es importante aprovechar las visitas de las mujeres embarazadas o en el periodo del postparto a las consultas enfermeras de AP. En estas visitas podemos se ha de reconocer las situaciones que propician una mayor vulnerabilidad para desarrollar DPP en estas mujeres, como son el embarazo en la adolescencia, nivel socioeconómico y/o educativo bajo, o situaciones de marginalidad.
- La Enfermería debe saber reconocer las anteriores situaciones y aplicar las pertinentes medidas de prevención y diagnóstico precoz, entre las cuales destacan el adecuado seguimiento a mujeres en situaciones de riesgo (mujeres embarazadas deprimidas, adolescentes embarazadas, etc.), la disminución de los factores de riesgo asociados (por ejemplo, la ayuda para planificar un embarazo no deseado), la promoción de la lactancia materna o el cribado de DPP (EPDS).

8. Referencias bibliográficas

1. Who.int [Internet]. 2007 [actualizado feb 2017; citado 13 mar 2017]. Disponible en: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/#>
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V®. 5ª ed. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women. *JAMA Psychiatry*. 2016;315(4):388-406.
4. Organización Mundial de la Salud. Pensamiento saludable: Manual para la Atención Psicosocial de la Depresión Perinatal. Washington DC: OMS; 2016.
5. Constanza Mendoza B, Saldivia S. Actualización en Depresión Postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*. 2015;143:887-894.
6. Suárez-Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto. *NURE Inv*. 2012;9(60).
7. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Neill Epperson C. Management of Postpartum Depression. *JMWH*. 2013;58(6):643-653.
8. Marcela Peña D, Manuel Calvo J. Aspectos Clínicos de la Depresión Postparto. Parra Pineda MO, Angel Müller E. *Obstetricia Integral siglo XXI tomo II*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2010. P. 419-429.
9. Putnam K, Robertson-Blackmore e, Sharkey K, Payne J, Bersink V, Munk-Olsen T, et al. Heterogeneity of Postpartum Depression: a latent class analysis. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(1):59-67.
10. Almanza-Muñoz JJ, Salas-Cruz CL, Olivares-Morales AS. Prevalencia de depresión postparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la MUJER: *Rev Sanid Milit Mex*. 2011;65:78-86.
11. Vargas-Mendoza JE, García-Jarquín M. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico. *Centr Regi Inves Psicol*. 2009;3(1):11-18.
12. Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *PRH*. 2013;27(3):185-193.
13. Camila de Campos B, Piazzentin Rolim Rodrigues OM. Depresión Postparto: creencias y prácticas de cuidado de la madre. *Psico*. 2015;46(4):483-492.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2015;125:1268-1271.
15. Wolff C, Valenzuela P, Esteffan K, Zapata D. Depresión postnatal en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(3):151-158.

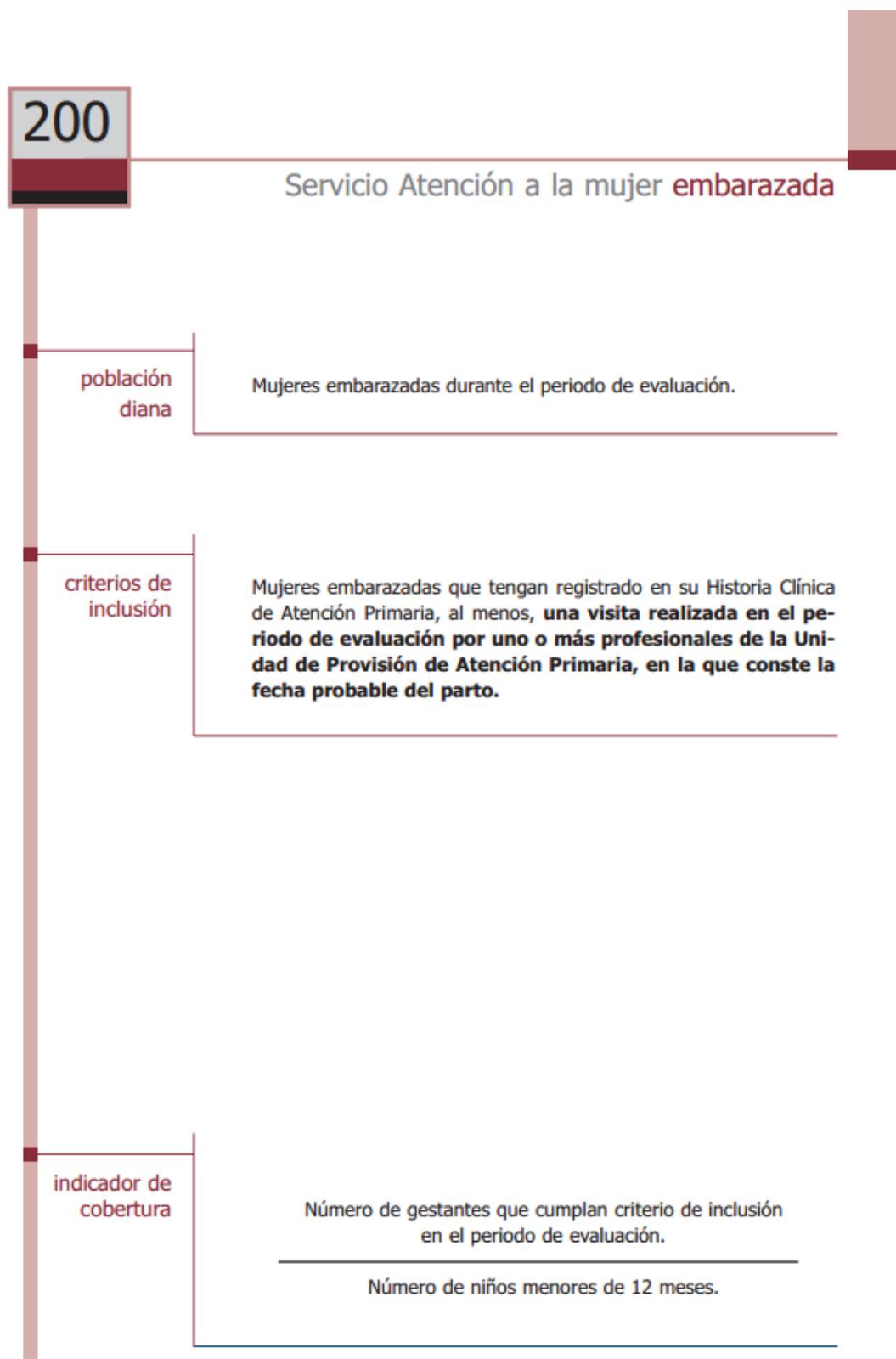
16. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factor for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;202:5-14.
17. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Prevención de la depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. *Rev Chile Obstet Ginecol.* 2010;75(5):312-320.
18. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chl Neuro-Psiquiat.* 2010;48(4):269-278.
19. Tovino SA. Scientific understandings of postpartum illness. *JLG.* 2010;33(1):99-174.
20. Bustos Rementería s, Jiménez Ponce N. Factores de riesgo asociados a la Depresión Postparto en mujeres que asisten a centros de Atención Primaria en la ciudad de Arica. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2013;30(1):38-49.
21. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión postparto en puérparas venezolanas valoradas por medio de la Escala de Edimburgo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2011;76(2):102-112.
22. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *RBP Psychiatry.* 2012;34(4):446-450.
23. Olhaberry Huber M, Romero Jiménez M, Miranda Largo A. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *SUMMA Psicológica UST.* 2015;12(1):77-87.
24. Cankorur VS, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and the incidence and persistence of depression between antenatal and postnatal examinations in Turkey: a cohort study. *BMJ.* 2015;5(4):1-12.
25. Pope CJ, Mazmanian D. Breastfeeding and postpartum depression: an overview and methodological recommendations for future research. *Hindawi [Internet].* 2016 [3 abr 2017]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/drt/2016/4765310/>
26. Molero KL, Urdaneta Machado JR, Sanabria C, Baabel Zambrano N, Contreras Benítez A, Azuaje Quiroz E, et al. Prevalencia de depression postparto en puérparas adolescents y adultas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(4):294-304.
27. Bruist AE, Austin MP, Hayes BA, Speelman C, Bilszta JLC, Gemmill AW, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the Beyondblue National Postnatal Depression Program. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42(1):66-73.
28. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Punheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *RBP Psychiatry.* 2012;34(3):270-276.
29. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Men Health.* 2007;10(3):103-109.

30. Cogollo Milanés Z, Romero Brieva Y, Morales García M; Vanegas Núñez J, López Escobar V, Guazo Meza D. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en el postparto en adolescentes de Cartagena (Colombia). 2015;31(2):234-244.
31. Ugarte Ugarte A, López-Peña P, Serrulla Vangeneberg C, Fornegaray Royo JG, Arrieta Ugarte MA, Zalbalza Compains MT, et al. Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017;17(13):1-7.
32. Tashakori A, Zamani Behbahani A, Davasaz Irani R. Comparison of prevalence of postpartum depression symptoms between breastfeeding mothers and non-breastfeeding mothers. *Iran J Psychiatry*. 2012;7:61-65.
33. Pimentel Lima MO, Tsunechivo MA, Bonadio IC, Murata M. Depressive symptoms in pregnancy and associated factors: a longitudinal study. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):39-46.
34. Maurer-Spurej E, Pittendreigh C, Misri S. Platelet serotonin levels support depression scores for women with postpartum depression. *J Psychiatry Neurosci*. 2007;32(1):23-29.
35. Moses-Kolko E, Leah Wisner K, Price JC, Meltzer C. Serotonin 1A receptor reductions in postpartum depression: a positron emission tomography study. *Fertil Steril*. 2008;89(3):685-692.
36. Fritsch R, Montt ME, Solís J, Pilowsky D, Rojas MG. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes de Atención Primaria? *Rev Med Chile*. 2007;135:602-612.
37. López Lozano J, Cordero Guevara J, Palomo García JL, Fuertes Estallo J, Santamaría Gabaldón F, Borrás Montanes E, et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Castilla y León: Gerencia Regional de Salud; 2011.
38. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Australia: Universidad de Sydney; 1998.
39. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y de atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;33(1):11-14.
40. Borra C, Iacovou M, Sevilla A. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J*. 2015;19:897-907.
41. Who.int [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2017 [actualizado may 2017; citado 18 may 2017]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es
42. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland D, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3):703-713.
43. Food and Drug Administration. Guía de clasificación teratogénica. Santiago de Chile: International Medical Texts; 2012.

44. Ellfolk M, Malm H. Risk associated with in utero and laceration exposure to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Reprod Toxicol.* 2010;30(2):249-260.
45. Ine.es [Internet]. España_ Instituto Nacional de Estadística; 2015 [actualizado 7 jun 2016; citado 20 may 2017]. Disponible en: www.ine.es/prensa/np972.pdf
46. Ine.es [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2015 [actualizado 24 ene 2017; citado 20 may 2017]. Disponible en: www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926144037%p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FYPSLayout
47. Gómez MC, Dorado MI, Bedoya Berusa JM, Cayuela Domínguez A, Alonso MJ, Hidalgo D. Violencia contra la mujer: resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol.* 2004;47(11):511-520.
48. Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el ámbito hospitalario: una asignatura pendiente. *Enferm Glob.* 2011;10(24):352-357.
49. Who.int [Internet]. Organización mundial de la salud; [citado 22 may 2017]. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es
50. Aguayo Maldonado J, Arena Ansotegui J, Blázquez García MJ, Bustos Lozano G, Díaz Gómez NM, Durhand SB, et al. Manual de lactancia materna: de la teoría a la práctica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
51. Cox JL, Holden JM, Jagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Brit J Psychiat.* 1987;150.
52. Rodríguez-Muñoz M, Castelo Legazpi PC, Olivares Crespo ME, Soto Balbuena C, Izquierdo Méndez N, Ferrer Barrientos FJ, et al. PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91(30):1-8.
53. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). *Anal Psicol.* 2013;29(1):66-75.

9. Anexos

Anexo 1: Servicios de atención a la mujer embarazada en Castilla y León³⁷



En la Historia Clínica de toda mujer embarazada incluida en el servicio, quedará registrada en la **Primera Visita*** la realización de:

Inclusión

200.1

- Determinación de la fecha probable del parto, debiendo constar la fecha de la última regla.

Riesgo Obstétrico

Valoración del Riesgo Obstétrico que incluya, al menos:

200.2

- Edad materna.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas.
- Factores psico-sociales.
- Riesgos laborales.

Exploración Física

que incluya:

200.3

- Auscultación cardiorespiratoria.
- Exploración abdominal.
- Exploración ginecológica.
- Medición de peso con talla de referencia.
- Tensión arterial.
- Valoración de signos de insuficiencia venosa en extremidades inferiores.

Bucodental

200.4

- A toda mujer incluida en el servicio se le derivará en el **Primer Trimestre** a la Unidad de Salud Bucodental para su exploración.

Análítica

Estudio analítico básico que incluya, al menos:

200.5

- Hemograma.
- Glucemia.
- Creatinina.
- Cultivo de orina.
- Serología: lúes, rubéola, toxoplasma y VIH.
- Grupo sanguíneo y Rh.

* Se considera Primera Visita la consulta realizada por un profesional de Atención Primaria, en la que se establece y/o registra el diagnóstico de embarazo. Se considera cumplido cada criterio de la/s norma/s cuando la valoración del mismo se realiza en la 1ª visita o en visitas sucesivas dentro de los 30 días siguientes.

202

Servicio Educación **maternal**

población
diana

Mujeres gestantes susceptibles de recibir educación maternal en el período de evaluación.

criterios de
inclusión

Mujeres gestantes cuya **primera sesión** de educación maternal se haya realizado **en el período de evaluación** y antes de la 32 semana de gestación, incluyendo además las mujeres ingresadas y las que hayan abortado.

indicador de
cobertura

Número de mujeres que reciben educación maternal antes de la 32 semana de gestación, en el período de evaluación.

$$\frac{\text{Número de mujeres que reciben educación maternal antes de la 32 semana de gestación, en el período de evaluación.}}{\text{Número de niños menores de 12 meses.}}$$

Todo programa de **educación maternal** debe tener:

Requisitos

- Contenidos informativos sobre:
 - El embarazo, parto y puerperio.
 - Lactancia materna.
 - Cuidados del recién nacido.
 - Uso de métodos anticonceptivos postparto.
- Ejercicios físicos.
- Técnicas de respiración y pujos.
- Técnicas de relajación.
- Sistema de evaluación.

Registro

Debe existir un registro específico que comprenda:

202.1

- Contenido.
- Fecha.
- Quienes lo realizan.
- Número de personas que participan.

203

Servicio **Visita** en el primer mes posparto

población
diana

Mujeres puérperas.

criterios de
inclusión

Mujeres puérperas a las que se les haya realizado **una visita**, tanto en el domicilio como en el centro de salud o consultorio local, en el periodo, que va **desde el alta hospitalaria hasta 10 días después de esta y antes de finalizar el primer mes posparto**.

indicador de
cobertura

Número de mujeres cuya primera visita posparto se realiza en los primeros 10 días tras alta hospitalaria y antes del primer mes posparto.

Número de niños de 0 a 12 meses.

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio, o en registro específico, se le realizará y quedará registrado:

Registro	registro en la HC de:	203.1
<ul style="list-style-type: none"> • La fecha del parto y la fecha de la visita. • El lugar en el que se realiza la visita. 		
Exploración	Resultado de la exploración de:	203.2
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial y temperatura. • Palpación del fondo uterino. • Periné o de la herida quirúrgica si hubiera sido cesárea. • Problemas de micción y deposición. • Mamas. • Extremidades inferiores y edemas. • Esfera emocional, encaminada a la detección precoz de la depresión posparto. 		
Enfermedad Congénita		203.3
<ul style="list-style-type: none"> • Constancia escrita de que se ha realizado la determinación de metabopatías en el recién nacido o proceder a su realización en caso negativo (extracción de sangre del talón). 		
Valoración Psicosocial		203.4
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre posibles problemas psico-sociales.* 		
		203.5
<ul style="list-style-type: none"> • A toda púérpera a la que se detecte una situación de riesgo psico-social durante su embarazo, se le realizará visita posparto en su domicilio. 		
Consejo	sobre cuidados de la púérpera y del recién nacido:	203.6
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene general. • Prevención de accidentes del recién nacido. • Ejercicios del suelo pélvico. • Anticoncepción. • Lactancia natural: idoneidad, ventajas y técnicas. • Prevención de muerte súbita del lactante. 		

* Problemas psico-sociales que deben ser explorados:

1. Madres adolescentes.
2. Familias monoparentales.
3. Bebés maltratados.
4. Marginalidad social: inmigrantes, etnias, etc.
5. Drogodependencias.
6. Problemas económicos.

Anexo 2: Categorías de riesgo en el embarazo según el potencial teratogéno del fármaco (FDA, 2012)⁴³

A: Los estudios controlados en mujeres no evidencian riesgo para el feto durante el primer trimestre y la posibilidad de daño fetal aparece remota.

B: Los estudios en animales no indican riesgo para el feto y, no existen estudios controlados en humanos o los estudios en animales sí indican un efecto adverso para el feto, pero, en estudios bien controlados con mujeres gestantes no se ha demostrado riesgo fetal.

C: Los estudios en animales han demostrado que el medicamento ejerce efectos teratogénicos o embriocidas, pero, no existen estudios controlados con mujeres o no se dispone de estudios ni en animales ni en mujeres.

D: Existe evidencia positiva de riesgo fetal en humanos, pero, en ciertos casos (por ejemplo, en situaciones amenazantes o enfermedades graves en las cuales no se pueden utilizar medicamentos más seguros o los que se pueden utilizar resultan ineficaces), los beneficios pueden hacer el medicamento aceptable a pesar de sus riesgos.

X: Los estudios en animales o en humanos han demostrado anomalías fetales o existe evidencia de riesgo fetal basada en la experiencia con seres humanos, o son aplicables las dos situaciones, y el riesgo supera claramente cualquier posible beneficio.

Anexo 3: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo⁵¹

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

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

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

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

Anexo 4: Patient Health Questionnaire – 9⁵²

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil