



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Iosebe Clarke Etxeberria
Tutelado por: Julia Gómez Castro
Soria, 18 de septiembre de 2020

“La salud mental necesita una gran cantidad de atención. Es un gran tabú y tiene que ser encarado y resuelto.” Adam Ant

RESUMEN

Introducción: la depresión es la patología psiquiátrica más prevalente en mujeres y se estima que es la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad. El embarazo y el puerperio son periodos en los que se dan muchos cambios significativos a nivel biológico, psicológico e interpersonal, son dos etapas muy sensibles en la vida de una mujer, por lo que es más probable que presenten episodios depresivos en ellas. Los síntomas depresivos pueden aparecer con mayor o menor intensidad, y se pueden diferenciar en 3 entidades nosológicas: la melancolía postparto, la DPP y la psicosis postparto. El objetivo general de esta revisión será identificar la importancia de la actuación enfermera en la prevención detección y tratamiento de la DPP.

Metodología: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la actuación enfermera en la prevención, detección y tratamiento (intervenciones) de la DPP, para ello se han consultado diferentes bases de datos especializadas en ciencias de la salud (pubmed, cinahl, scopus, cuiden), revistas electrónicas (Dialnet, scielo, ScienceDirect Journals) y buscadores de internet (Google académico).

Resultados y discusión: se obtuvieron 26 artículos científicos relacionados con los cuatro objetivos específicos establecidos: factores de riesgo de la DPP y las herramientas de detección existentes, conocimiento enfermero sobre este trastorno, repercusión de la DPP en el cuidado del RN e intervenciones enfermeras para el correcto abordaje de la DPP.

Conclusiones: el rol de la matrona y el de la enfermera son fundamentales en la prevención y la detección de la DPP. Su detección precoz y un tratamiento adaptado a cada mujer favorecerán la disminución de la morbilidad que provoca esta patología. Se debería de seguir investigando acerca de este trastorno para poder prevenir y detectar precozmente los casos de mujeres con mayor riesgo de padecerlo.

Palabras clave: depresión postparto, detección, intervenciones enfermeras, enfermería

ABSTRACT

Introduction: depression is the most prevalent psychiatric pathology in women, and it's estimated to be the second cause associated with more disability-adjusted years of life. Pregnancy and puerperium are periods where there are many significant changes, biologically, psychologically and personally, these are two very sensitive stages in the life of a woman, that's why it is more likely they present depressive episodes. Depressive symptoms can appear with major or minor intensity and can be differentiated in three entities: maternity blues, PPD and postpartum psychosis. The general objective of this review would be to identify the importance of nurse interaction in the detection, prevention and treatment for postpartum depression.

Methodology: a bibliographic review has been carried out regarding nurse interaction in the detection, prevention and treatment of PPD, for this, different specialized databases in the science of health (pubmed, cinahl, cuiden, scopus), electronic journals (dialnet, scielo, ScienceDirect Journals) and internet search tools (scholar google) were used.

Results and discussion: 26 scientific articles were obtained related to the four specific objectives: risk factors associated to postpartum depression and existing detection tools, nursing knowledge about this illness, repercussion of PPD in the care of newborn and nurse intervention for the correct approach of this illness.

Conclusion: the role of the mid-wife and nurse are fundamental in the detection and prevention of PPD. Early detection and an adapted treatment to each woman favors the decrease of morbidity which provokes this illness. Investigation should continue regarding PPD to be able to prevent and detect earlier cases of women in higher risk of suffering it.

Key words: postpartum depression, detection, nurse intervention, nursing

ÍNDICE

1.	<i>INTRODUCCIÓN</i>	1
2.	<i>JUSTIFICACIÓN</i>	3
3.	<i>OBJETIVOS</i>	3
4.	<i>METODOLOGÍA</i>	4
5.	<i>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	6
5.1	Factores de riesgo asociados a la DPP y herramientas de detección existentes	6
5.2	Conocimiento enfermero sobre la prevención, diagnóstico, detección y tratamiento de la DPP	8
5.3	Repercusión de la DPP en el cuidado del RN.....	9
5.4	Intervenciones enfermeras para el correcto abordaje de la DPP	11
6.	<i>CONCLUSIONES</i>	14
7.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	15
8.	<i>ANEXOS</i>	I
	Anexo I. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS).....	I
	Anexo II. Beck Depression Inventory (BDI)	II

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-5.....	2
Tabla 2. Criterios diagnósticos CIE-10.....	2
Tabla 3. Estrategias de búsqueda.....	4

LISTADO DE ABREVIATURAS

Depresión postparto: DPP

Recién Nacido: RN

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo: EPDS

Beck Depression Inventory: BDI

Postpartum depression: PPD

Valor Predictivo Positivo: VPP

1. INTRODUCCIÓN

Estas últimas décadas se ha demostrado que existe una mayor morbilidad femenina en cuanto a enfermedades mentales, España e Italia son los países donde las mujeres presentan un mayor riesgo de padecerlas. La patología psiquiátrica más prevalente en mujeres es la depresión, y se estima que es la segunda causa asociada a más años de vida ajustados por discapacidad ⁽¹⁾.

Existe una clara relación entre el embarazo y el puerperio y los trastornos del estado ánimo. Los significantes cambios que se dan a nivel biológico, hormonal, psicológico e interpersonal, la mayor vulnerabilidad que presentan las mujeres y la sensación habitual de ansiedad o de tristeza, hacen que sean periodos muy sensibles en la vida de las mujeres, y pueden conllevar a que estas presenten episodios depresivos ⁽²⁾.

Estos síntomas depresivos pueden manifestarse con mayor o menor intensidad, y podemos diferenciar tres diferentes entidades nosológicas. La primera es la melancolía o disforia postparto (maternity blues), la experimentan entre el 15-85% de las mujeres y se da en los primeros 10 días postparto. Se caracteriza por oscilaciones de humor, sentimientos de preocupación, irritabilidad, y agotamiento y se diferencia de la DPP por su corta duración, ya que estos síntomas no suelen durar más de 2 semanas. Es importante identificarlo a tiempo, ya que puede ser un factor de riesgo para la DPP ⁽³⁾.

La depresión postparto, es un episodio de depresión mayor desencadenado por la situación específica de ser madre y se inicia entre la 2ª y la 4ª semana postparto, pudiendo mantenerse durante más de un año. Se considera que es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que la incidencia es alta, en nuestro país está en un 10-15%, y a nivel mundial lo presentan entre el 10-20% de las mujeres. Hoy en día su causa no está clara y se cree que su etiología es multifactorial. Los síntomas que experimentan las madres son: sentimientos de extrema tristeza, ansiedad, fatiga, sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo del hijo y ambivalencia afectiva hacia el mismo. Con un tratamiento adecuado, suele presentar una buena evolución, aunque existe una alta probabilidad de que se vuelva a presentar en el siguiente embarazo. Los criterios diagnósticos se reúnen en los manuales CIE-10, donde se clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivos, y en el DSM-V; en este, tampoco se reconoce como una patología independiente, sino como un episodio de depresión mayor con un inicio en el periparto, incluyéndose así, su inicio en el embarazo. Los criterios diagnósticos según el DSM-5 (tabla 1) y del CIE-10 (tabla 2) se presentan en las siguientes tablas ^(1,4).

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-5

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos</p>
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco</p>

Fuente 1. Recorrido histórico de la Depresión Posparto hasta las tendencias más actuales. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/068.php>

Tabla 2. Criterios diagnósticos CIE-10

<p>A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</p>
<p>B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</p>
<p>C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p>

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso al menos 5% en el último mes.
- Notable disminución del interés sexual.

Fuente 2. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>

Por último, encontramos la llamada psicosis postparto, es una patología psiquiátrica grave, que aparece en las primeras 2-4 semanas tras el parto y su incidencia es de 1/500-1000 puérperas. Se caracteriza por ser un episodio psicótico que necesita ser atendido de urgencia, presenta delirios, alucinaciones, manía, paranoia y confusión. En las mujeres se asocia a un mayor riesgo de infanticidio o de autolesionarse, pudiendo llegar al suicidio ^(3,4).

Esta revisión se centrará en la depresión postparto y las preguntas que se plantean para el estudio son: ¿Cómo actúan los profesionales de enfermería ante el abordaje de la DPP? ¿Cuáles son los factores de riesgo y qué herramientas de detección existen? ¿Tienen los profesionales de enfermería suficientes conocimientos para abordar adecuadamente esta patología? ¿Cómo afecta esta enfermedad en el cuidado de los recién nacidos? ¿Qué intervenciones son efectivas para tratar la DPP?

2. JUSTIFICACIÓN

Vivimos en una sociedad que idealiza la maternidad, la palabra madre se asocia a felicidad y se considera que es una etapa en la que las mujeres solo experimentan cambios positivos. Esta idealización, conlleva a que las madres se sientan presionadas por querer ser ese ejemplo de madre perfecta, y sienten, que, si manifiestan síntomas característicos de una DPP, son malas madres, lo que, a su vez, lleva a que rechacen la enfermedad y no acudan a visitar a un profesional para tratarla.

Además, existe una escasez de estudios acerca de esta patología, lo que hace que haya una falta de conocimiento tanto por parte de los profesionales de salud, como por la población en general. Esto, ligado a la falta de personal cualificado para su detección y tratamiento, hace, que hoy en día, siga siendo una patología infradiagnosticada. Es por ello por lo que me he propuesto realizar este estudio, creo que es importante que se les de más voz a las mujeres que sufren este trastorno y tener más conocimientos sobre el, ya que es cada vez más común en nuestra sociedad.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar la importancia de la actuación enfermera en la prevención, detección y tratamiento de la DPP

Objetivos específicos:

- Identificar los diferentes factores de riesgo asociados a la DPP y las herramientas de detección existentes.
- Analizar el conocimiento de enfermería sobre la prevención, diagnóstico, detección de la DPP y su tratamiento.
- Examinar como afecta la DPP en el cuidado del RN
- Determinar las diferentes intervenciones enfermeras para realizar un correcto abordaje de la DPP

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos especializadas en ciencias de la salud, revistas electrónicas y buscadores de internet. En la siguiente tabla (tabla 3) se resumen las estrategias de búsqueda utilizadas en cada base de datos:

Tabla 3. Estrategias de búsqueda

Bases de datos	Estrategia de búsqueda	Criterios de inclusión	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Pubmed	Nurse Care AND postpartum depression	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	56	6
Cuiden	Depresión postparto	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	55	5
	Depresión postparto AND intervención	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	8	1
Cinahl	“Nursing Care” AND “postpartum depression”	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	19	3
Scopus	“Postpartum depression” AND Nurse	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés Área de estudio: Enfermería	118	1
Scielo	Atención enfermera AND depresión postparto	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	3	1

Dialnet	Depresión postparto recién nacido AND	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	6	1
	Actuación enfermera “depresión postparto” AND	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español	2	1
	“depresión postparto” AND vínculo materno-filial	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español	3	1
Science-Direct Journals	Detección “depresión postparto” OR “depresión perinatal” AND	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	12	1
	Depresión postparto cuidados recién nacido AND del	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	9	1
Google académico	EPDS AND Spain	Texto completo gratuito Idioma: español o Inglés Artículos de: Journal of Affective Disorders	56	2
	Atención y de detección de enfermería en la depresión postparto	Últimos 10 años Texto completo gratuito Idioma: español o inglés	5030	2

Se han utilizado las siguientes palabras clave en inglés y en español para ampliar los resultados de la búsqueda: <Depresión postparto>, <Postpartum depression>, <Nurse care>, <Nursing care>, <Depresión perinatal>, <Atención enfermera>, <Actuación enfermera>, <Intervención>, <Nurse>, <Recién nacido>, <Vínculo materno-filial>, <Cuidados del recién nacido>, <EPDS> y <Spain>. Se han utilizado el operador booleano <AND> y <OR>, el cual, se ha utilizado para una sola estrategia de búsqueda. Además, se han empleado las comillas en varios casos para que las palabras compuestas se consideraran como un solo descriptor.

Se ha delimitado la búsqueda a artículos publicados en los últimos 10 años, con texto completo gratuito disponible, y en lengua castellana o inglesa. Sin embargo, se ha incluido un artículo publicado en el año 2003 sobre la validación de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, ya que, no existen actualizaciones más recientes. Además, en la base de datos Scopus se delimitó la búsqueda al área de estudio de enfermería, y en la base de datos ScienceDirect Journals, a artículos publicados en la revista “Journal of affective disorders”.

Se han seleccionado artículos que traten sobre la actuación de los profesionales de enfermería en la prevención, detección y tratamiento (intervenciones) de la depresión englobando el periodo de la gestación y el postparto. Se han incluido, además, artículos que analizaran el conocimiento de los enfermeros sobre la DPP y los que describieran los factores de riesgo asociados. Se han descartado aquellos que trataran solamente sobre la ansiedad o el estrés del postparto. En un principio, se seleccionaron 32 artículos, se descartaron 2 después de leer el resumen y otros 4 después de leer los textos completos.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la búsqueda en las bases de datos se obtuvieron 26 artículos científicos relacionados con la prevención, detección y tratamiento de la DPP, por parte de los profesionales de enfermería. De los 26 artículos 10 fueron revisiones bibliográficas, 9 estudios cuantitativos, 3 estudios cualitativos, 2 estudios cuasiexperimentales y, por último, 2 estudios experimentales.

Los estudios obtenidos se pueden agrupar en cuatro subtemas diferentes según los objetivos específicos establecidos anteriormente: Factores de riesgo de la DPP y las herramientas de detección existentes; conocimiento enfermero sobre la prevención, diagnóstico, detección y tratamiento de la DPP; Repercusión de la DPP en el cuidado del RN; Intervenciones enfermeras para el correcto abordaje de la DPP.

5.1 **Factores de riesgo asociados a la DPP y herramientas de detección existentes**

Alhunsen JL y Álvarez C ⁽⁵⁾, realizaron una revisión bibliográfica en 2016 que pretendía estudiar los factores de riesgo asociados a la DPP, su diagnóstico, detección, tratamiento, y el impacto que genera en la madre y el RN. Encontraron que el factor de riesgo más significativo para más tarde padecer DPP es la depresión antenatal.

Dois et al. ⁽⁶⁾, tras la realización de su estudio, concluyeron que establecer un contacto piel con piel con entre la madre y el RN en los primeros días postparto, mejora la sintomatología depresiva.

García Esteve et al. ⁽⁷⁾ probaron la validez de la EPDS en España y establecieron el punto de corte en 10/11 puntos para mujeres en el postparto.

Gil Aguilar et al. ⁽⁸⁾, encontraron en su estudio que las mujeres que tuvieron un parto por cesárea tuvieron mayor tendencia a la DPP

Jiménez-Vinuesa et al. ⁽⁹⁾, determinaron como factores de riesgo la mayor vulnerabilidad social o económica, antecedentes de depresión, consumo de sustancias y la prematuridad del niño, entre otros.

Kim Y y Dee V ⁽¹⁰⁾, realizaron un estudio en 2017 para determinar que factores afectan al autocuidado de las mujeres en riesgo de padecer DPP. 95 de las 223 mujeres entrevistadas obtuvieron una puntuación mayor a 10 en la EPDS, los factores que influyeron en tener mayor riesgo de padecer DPP fueron el apoyo social, la espiritualidad y la capacidad de autocuidado de las mujeres.

Mahenge et al. ⁽¹¹⁾ quisieron determinar la asociación entre la DPP y los abusos físicos o sexuales en la infancia y la violencia de pareja, vieron que la asociación entre todas las variables fue significativa, y que la incidencia de DPP fue mayor en mujeres que habían sufrido ambas.

Martin Morales et al. ⁽¹²⁾ analizaron la relación entre los tipos de personalidad y la sintomatología depresiva antenatal y la DPP, y concluyeron que, tanto los síntomas depresivos

en el embarazo, como el neuroticismo influían negativamente en la DPP. Sin embargo, las personalidades extrovertidas y la escrupulosidad fueron dos factores protectores de la DPP.

Pereda Ríos et al. ⁽³⁾, en su revisión bibliográfica sobre los síndromes psiquiátricos más frecuentes en el periodo puerperal, encontraron que las herramientas de detección más utilizadas son la EPDS, la BDI y la General Health Questionnaire.

Vázquez et al. ⁽¹³⁾, probaron la validez de la EPDS en el embarazo evaluando a 569 mujeres durante el 1^{er}, 2^o y 3^{er} trimestre de gestación, el punto de corte se estableció en 10 o más puntos.

En nuestro país, existe una escasez de estudios que describan los factores de riesgo asociados a la DPP. En la actualidad, existen varias teorías acerca de la etiopatogenia: La teoría de la vulnerabilidad genética postula que existe mayor incidencia de la DPP en personas con antecedentes personales o familiares de esta. La teoría de la vulnerabilidad neurohormonal se basa en que existen personas que tienen mayor sensibilidad a los cambios hormonales. Y, la teoría de la vulnerabilidad psicológica describe que las personas con una personalidad neurótica o de evitación del daño tienen más probabilidades de padecer la DPP ⁽¹⁴⁾. Esta última teoría fue estudiada por Martín Morales et. al. ⁽¹²⁾, y encontraron que, tal y como dice la teoría, existía una asociación positiva entre el neuroticismo y la DPP.

Diferentes autores coinciden en varios factores de riesgo asociados a la DPP: historia previa de depresión o trastornos del ánimo, consumo de sustancias tóxicas, edad materna, variables del propio bebé, como, por ejemplo, la prematuridad del niño o la irritabilidad del RN, complicaciones en el embarazo actual o en anteriores, poco apoyo afectivo, tanto familiar, como social, nivel socioeconómico bajo, y, además, se ha comprobado que las mujeres con Síndrome Premenstrual moderado o grave tienen mayor tendencia a la DPP ^(5, 9, 14, 15). Kim Y. y Dee V. ⁽¹⁰⁾ también describieron como factores de riesgo la carencia de creencias espirituales o religiosas y la falta de habilidad para el autocuidado en las mujeres. Entre todos estos factores de riesgo, el más significativo para padecer DPP parece ser la depresión antenatal o haber tenido otros episodios de depresión a lo largo de la vida, estudios indican que el 50% de las mujeres que han desarrollado DPP tienen antecedentes de depresión ^(5,15).

La violencia de pareja es otro factor de riesgo que parece estar fuertemente asociado a la sintomatología depresiva en el postparto ^(5,9). En un estudio realizado por Mahenge et al. ⁽¹¹⁾ se encontró relación entre las mujeres que habían sufrido abusos sexuales o físicos en la infancia y/o violencia de pareja y la DPP.

La relación entre el tipo de parto y la DPP no queda nada clara. Gil Aguilar et al ⁽⁸⁾, revisaron la literatura existente para analizar esta relación, y encontraron que existe mayor incidencia de síntomas de depresión en aquellas madres que tuvieron un parto por cesárea. Suarez Varela I ⁽¹⁵⁾, habla de otro estudio que también asocia el parto por cesárea con la DPP. Sin embargo, otros autores afirman que existen estudios que concluyeron que el tipo de parto no tiene relación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ^(5,9). Pereda-Ríos et. al. ⁽³⁾ habla de un metaanálisis realizado en el año 2006 que no avalaba la relación entre el parto por cesárea y la aparición de este trastorno.

Existen algunas variables que han demostrado tener un efecto positivo sobre la DPP. Dois C. et al. ⁽⁶⁾, estudiaron el efecto del contacto piel con piel con la presencia de síntomas depresivos en el postparto y el análisis realizado mostró que el contacto piel con piel se asocia con la ausencia de sintomatología depresiva. También vieron que el amamantamiento precoz es otra variable protectora.

La detección precoz de esta enfermedad es de suma importancia, puesto que se ha demostrado que no tratarla acarrea consecuencias negativas en el embarazo, el desarrollo del feto y en los resultados del parto ⁽¹⁵⁾.

Sin embargo, aún teniendo las herramientas apropiadas y mayor conocimiento sobre la enfermedad que hace unos años, la detección de la DPP sigue siendo deficiente. Se debe en gran parte a que, a las mujeres, les preocupa que la sociedad las tome por locas o malas madres, temen perder la tutela del bebe y, además, existen una evidente carencia de profesionales especializados ⁽⁹⁾.

Hoy en día existen varias escalas para la detección de la DPP. La escala más aceptada y utilizada internacionalmente, tanto en el postparto, como durante la gestación, es la EPDS ⁽⁷⁾. Consiste en una escala autoadministrada de 10 ítems, en la cual la mujer tiene que responder con puntuaciones de 0 a 3 como se ha sentido en los último 7 días ^(3, 16). Existe controversia entre los autores sobre el punto de corte óptimo para esta escala. Pereda Ríos et al. y Bora Günes N & Çavusoglu H ^(3, 17) establecieron el punto de corte en una puntuación igual o superior a 12, Lasheras et al. ⁽¹⁸⁾ en igual o superior a 11 puntos, y, Jadresic M. E; Kim Y y Dee V; McCarter Spaulding D y Shea S ^(10, 16, 19), en cambio, lo establecieron en igual o mayor a 10 puntos. Esta escala fue validada en España en el año 2003 para mujeres en el postparto y en el año 2018 para mujeres embarazadas. Los puntos de corte establecidos fueron 10/11 puntos en el postparto ⁽⁷⁾ y 10 o más puntos en el embarazo ⁽¹³⁾. En otros países, como Chile, por ejemplo, se estableció, el punto de corte en una puntuación igual o mayor a 9/10 puntos en el postparto e igual o mayor a 13 puntos en el embarazo (Anexo I) ⁽¹⁶⁾.

Otra escala utilizada es la BDI. Está formada por 21 ítems relacionados con el estado de ánimo de la madre durante los últimos 7 días, se otorgan puntuaciones del 0 a 3 en cada ítem y aporta información sobre la severidad y el tipo de síntoma depresivo predominante (Anexo II) ^(3, 15).

Existen otras que son menos utilizadas: Escala de Depresión del Centro Epidemiológico; escala de Hamilton (Ham-D) ⁽¹⁵⁾; preguntas de Whooley, es un método de evaluación utilizado en el Reino Unido, a diferencia de la EPDS no consigue información sobre pensamientos que involucren riesgo vital ⁽¹⁶⁾; General Health Questionnaire, se utiliza para el cribado de trastornos mentales comunes en la población general, que, asociado con la EPDS incrementa el VPP a un 78% ⁽³⁾; Postpartum Depression Predictor Inventory (PDPI), mide y controla los posibles factores de riesgo que puede tener la mujer ⁽¹⁹⁾.

Varios estudios afirman que la aplicación precoz de estas escalas puede disminuir su rendimiento, y se establece que el periodo óptimo para detectar la DPP se comprende entre la segunda semana y el sexto mes postparto ⁽³⁾.

5.2 Conocimiento enfermero sobre la prevención, diagnóstico, detección y tratamiento de la DPP

Chaves Souza et al. ⁽²⁰⁾, llevaron a cabo un estudio cualitativo donde analizaban el conocimiento de los enfermeros sobre la DPP. Los resultados demostraron que su conocimiento fue escaso, que, en las revisiones postparto, los enfermeros se centran más en el cuidado del bebe, dejando de lado el estado emocional de la madre. Identificaron los factores de riesgo asociados, pero no conocían el periodo de melancolía puerperal.

Félix et al. ⁽²¹⁾, estudiaron la actuación de enfermería frente a la DPP en las consultas de puericultura, y encontraron que los enfermeros entrevistados no tenían un concepto claro sobre

lo que es esta patología, aunque si de los factores de riesgo y los síntomas, reconocieron que el abordaje de la DPP es deficiente y que es una enfermedad infradiagnosticada.

Kang et al. ⁽²²⁾, determinaron en su estudio que los enfermeros entrevistados presentaron un nivel de conocimiento sobre la DPP superior a la media, sin embargo, el 80% de los participantes no supieron definir la melancolía postparto. La mayoría estuvieron de acuerdo en que es necesario realizar el cribado de la DPP, aunque, muchos no se veían capaces de realizarlo, solo un 25,9% lo había realizado alguna vez.

Martos López et al. ⁽²⁾, tras revisar la literatura disponible sobre los factores de riesgo asociados a la DPP, las herramientas de detección precoz y prevención y las intervenciones enfermeras existentes, concluyeron que el rol de las matronas y las enfermeras es esencial al atender esta patología. Deben conocer los factores de riesgo y proporcionar el apoyo necesario a las puérperas.

Santisteban Gómez et al. ⁽²³⁾, realizaron un estudio para capacitar a los enfermeros a cerca de como identificar la sintomatología depresiva en el postparto. Demostraron tener poco conocimiento sobre la DPP en general, les costó identificar los síntomas y los factores de riesgo asociados.

Los enfermeros constituyen un pilar fundamental en la prevención y detección de este trastorno, ya que representan, en el servicio de atención básica, una puerta de entrada para acoger y direccionar adecuadamente a la puérpera ⁽²¹⁾.

A pesar de la importancia de la actuación de estos profesionales en el abordaje de la DPP, muchos estudios han demostrado que no poseen conocimientos suficientes para prevenirlo, detectarlo y, en caso necesario, tratarlo ^(20, 21, 23).

En los estudios realizados por Chaves Souza et al., Félix et al. y Santisteban Gómez et al. ^(20, 21, 23) se encontró, en los enfermeros, una escasez de conocimientos sobre la DPP, al contrario que en el estudio realizado por Kang et al. ⁽²²⁾, en el que el nivel de conocimientos sobre esta patología fue superior a la media. A pesar de ello, los resultados de este estudio coincidieron con Chaves Souza et al. ⁽²⁰⁾, en que los enfermeros a estudio no tenían una definición clara de lo que es la melancolía puerperal o “postpartum blues”. En el estudio realizado por Martos López et al. ⁽²⁾, en cambio, se vio que los profesionales, aunque supieron lo que es la melancolía puerperal, no fueron capaces de identificar cuando esta puede dar entrada a una DPP.

Chaves Souza et al. y Félix et al. ^(20,21) vieron que los enfermeros identificaron sin problemas la sintomatología y los factores de riesgo asociados a esta patología, no como a los enfermeros entrevistados en el estudio realizado por Santisteban Gómez et al. ⁽²³⁾, en el que reconocer los síntomas y los factores de riesgo fue lo que más les costó.

El abordaje de la DPP sigue siendo deficiente ⁽²¹⁾, los profesionales afirman que en las revisiones postparto se centran sobre todo en el cuidado del bebe, en la importancia de la lactancia materna, y no enfatizan apenas en la salud mental de la mujer, además, existe una falta de profesionales especializados para detectar esta patología ^(2, 20). Esto, junto a los pocos profesionales que realizan el cribado, la falta de adherencia de las mujeres embarazadas a las revisiones y la escasez de estudios en torno a este tema hace que la depresión puerperal sea una patología infradiagnosticada ^(2, 20, 21, 22).

5.3 Repercusión de la DPP en el cuidado del RN

Angulo Arias LM ⁽²⁴⁾, estudió en 2015 el impacto de la DPP en la calidad de los cuidados brindados al RN, y vio que se les brindan menos cuidados a los niños con madres con DPP, que,

estos, asisten a menos controles de salud, reciben menos inmunización y, además, tienen más posibilidades de desarrollar problemas de conducta y de ser víctimas de violencia intrafamiliar.

Jadresic M. E.⁽¹⁶⁾, realizó un estudio sobre varios aspectos de la DPP y analizó los riesgos de no tratar esta patología. Encontró que la herramienta de detección más usada es la EPDS, que se deben considerar tanto los tratamientos farmacológicos, como los no-farmacológicos y que no tratar la DPP a tiempo puede llevar a afectar negativamente en el desarrollo del feto a corto y a largo plazo.

Lasheras et al.⁽¹⁸⁾ encontraron a través de su estudio que las alteraciones del vínculo materno-filial se asociaron a la sospecha de DPP, y a otras tres variables asociadas a la ansiedad, depresión o al estrés. Las primíparas presentaron mayor incidencia de alteraciones del vínculo materno-filial.

Actualmente, se ha demostrado que la depresión materna tiene consecuencias negativas sobre el desarrollo del feto durante el embarazo y sobre el bebé una vez la madre haya dado a luz. Sea cual sea la intensidad del cuadro de depresión que presente la madre, el bebé siempre será el principal afectado⁽⁹⁾.

Las mujeres embarazadas con síntomas depresivos, a diferencia de las mujeres que no sufren este trastorno, tienen mayor tendencia a descuidar su embarazo, dejan de acudir a los controles prenatales o siguen erróneamente las indicaciones médicas. Además, esta patología hace que sea más probable que consuman sustancias tóxicas, lo cual puede afectar el resultado obstétrico. Varios estudios muestran que existe una asociación entre los embarazos de pretérmino, pesos de nacimiento menores, circunferencias craneales más pequeñas y puntuaciones APGAR más bajas⁽¹⁶⁾.

Así mismo, muchos autores están de acuerdo en que la DPP afecta al vínculo que se genera entre la madre y el RN y que el trato brindado a estos se ve disminuido^(3, 9, 24); como prueba de ello, se ha demostrado que las madres que padecen esta patología llevan a sus bebés a un menor número de controles de salud, reciben menos inmunizaciones, sus rutinas de cuidados básicos se ven alteradas, y se da una disminución en las tasas de lactancia materna^(3, 24). Las madres con DPP pueden presentar sentimientos de incapacidad para asumir su rol de madre, falta de sentimiento maternal, irritabilidad, enfado, impulsos agresivos hacia el RN, fantasías o temor a hacerle daño al bebé y en los casos más severos rechazo o hasta pueden llegar a cometer infanticidio. Además, pueden involucrarse menos en los cuidados, o por el contrario involucrarse en exceso, tienden a percibir más negativamente a sus hijos, y consideran que son más difíciles de criar^(14, 16, 18, 24).

En un estudio realizado por Lasheras et al.⁽¹⁸⁾ se asociaron las alteraciones del vínculo materno-filial con tres variables: ansiedad/depresión a lo largo de la vida, ansiedad/depresión durante el embarazo y estrés en el embarazo/postparto.

Todo ello, conlleva a que se den consecuencias adversas en el RN a corto y a largo plazo. La DPP de la madre puede transmitirse al neonato, haciéndolos más sensibles a padecer depresión, ansiedad o estrés en su desarrollo⁽²⁴⁾. Un estudio realizado por Pawlby S et al. reveló que existe un riesgo 4,7 veces mayor de padecer depresión a los 16 años en aquellos adolescentes con madres que tuvieron depresión en su embarazo⁽¹⁶⁾. Los síntomas depresivos de la madre también están asociados con coeficientes intelectuales más bajos en sus hijos en la pre-adolescencia, trastornos psiquiátricos y médicos en la adolescencia, presentan más emociones negativas, un desajuste de las hormonas asociadas al estrés, déficit en la reactividad a la expresión facial, llanto frecuente, retrasos en el desarrollo de los niños/as a los 18 meses,

comportamientos violentos, dificultad para la socialización tanto en su infancia como en la adolescencia y tienen más posibilidades de ser víctimas de violencia intrafamiliar ^(3, 9, 16, 24).

5.4 Intervenciones enfermeras para el correcto abordaje de la DPP

Bora Günes N y Çavusoglu H ⁽¹⁷⁾, examinaron, a través de un programa de atención domiciliaria, los niveles de ansiedad y depresión en madres con RN prematuros. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las primeras 24h postparto, sin embargo, vieron que a los 40-42 días las madres de grupo de estudio mostraron menor sintomatología depresiva.

Fuentes Iglesias et al. ⁽¹⁴⁾, revisaron la literatura disponible sobre el estado actual de conocimiento de los factores de riesgo, el tratamiento, y el diagnóstico de la DPP, encontrándose con que en nuestro país existen pocos estudios acerca de los factores de riesgo asociados. Además, se vio que el abordaje psicoterapéutico debería ser el tratamiento de primera línea y que el riesgo del uso de fármacos antidepresivos no es tan elevado como se pensaba.

Horowitz et al. ⁽²⁵⁾, utilizaron la intervención “Communicating and Realigning Effectively (CARE)” en visitas domiciliarias realizadas por enfermeras para mejorar la relación materno-filial durante los primeros 9 meses postparto. Ambos grupos, control y estudio, presentaron mejorías en cuanto a la interacción madre-RN y una disminución de la severidad de los síntomas de la DPP.

McCarter Spaulding D y Shea S ⁽¹⁹⁾, aplicaron una intervención educacional a un grupo de estudio formado por 120 mujeres, y el grupo de control formado por otras 120 mujeres recibió los cuidados habituales en el postparto. Los resultados del estudio no fueron concluyentes, ya que no se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a los síntomas depresivos. El nivel socioeconómico y tener antecedentes de depresión/ansiedad fueron las únicas variables significantes en predecir la DPP.

Puig Calsina et al. ⁽²⁶⁾ examinaron qué intervenciones son eficaces para mejorar la salud mental de las madres con RN prematuros. Las más eficaces resultaron ser las de carácter educativo, psicosocial y las que conllevaban una implicación en los cuidados del RN.

Segre et al. ⁽²⁷⁾, llevaron a cabo un estudio para conocer la opinión de los enfermeros sobre el cribado de la DPP por parte del personal de enfermería, y vieron que la mayoría estaban de acuerdo en que sería necesario realizarlo. Casi la mitad de los profesionales entrevistados aseguraron proporcionar asesoramiento a las mujeres, y el 75% estaban dispuestos a participar en un programa para mejorar sus habilidades para el cribado.

Suarez Varela I ⁽¹⁵⁾, revisó la incidencia de la DPP, los factores de riesgo asociados y las diferentes intervenciones. La psicoeducación, durante el embarazo y en el postparto, intervenciones cognitivo-conductuales y la realización de ejercicio físico mejoran los síntomas depresivos en la mujer.

Van Lieshout et al. ⁽²⁸⁾, aplicaron un programa de terapia cognitivo-conductual a 7 mujeres en el postparto durante 9 semanas, los síntomas depresivos se redujeron significativamente después de las sesiones, además, se percibió una mejoría en las relaciones materno-filiales y se notaron emociones más positivas en los RN.

La actuación de las matronas y los profesionales de enfermería en pediatría, debido al estrecho contacto que mantienen con la mujer embarazada, es fundamental en la detección y en el tratamiento precoz de la depresión en el embarazo o en el postparto ⁽¹⁶⁾. En un estudio realizado por Segre et. al. ⁽²⁷⁾ los enfermeros entrevistados afirmaron que, en su opinión,

resultaría efectivo implantar por parte del personal de enfermería un cribado para la DPP y ofrecer asesoramiento a mujeres con síntomas leves de depresión.

A pesar de las herramientas de detección existentes y su eficacia, a la mayoría de las mujeres que desarrollan una DPP no se les realiza un seguimiento por parte de un profesional, solo el 15% recibe tratamiento, y casi el 50% no obtienen ayuda ni de familiares ni de amigos ^(2, 28).

En cuanto al tratamiento de esta patología, existen medidas no farmacológicas y farmacológicas. Hoy en día se han estudiado varias intervenciones enfermeras no farmacológicas dirigidas a prevenir la DPP o a mitigar los efectos que esta tiene sobre la mujer, el feto y su entorno ⁽⁵⁾.

Las intervenciones psicoterapéuticas son las más estudiadas y utilizadas tanto en el embarazo como en el postparto. Se ha demostrado su eficacia en el manejo agudo de la DPP y, además es la que menor riesgo de efectos secundarios conlleva para el RN, por ello, se recomienda que sea el tratamiento de primera línea ⁽¹⁰⁾. La psicoeducación debe formar siempre parte del tratamiento, consiste en explicar a la mujer qué es la DPP, los síntomas asociados, los factores de riesgo, las causas, su prevalencia etc. Es importante conseguir que la madre no se sienta culpable por ello e insistirle que, aunque la recuperación completa puede ser larga volverá a ser ella misma. Algunos estudios sugieren implantar esta psicoeducación durante el tercer trimestre del embarazo, ya que puede reducir la intensidad de los síntomas. Un estudio realizado en Hong Kong por Ngai et al. reveló que la psicoeducación mejora de forma significativa las habilidades aprendidas y los síntomas de la DPP. ⁽¹⁵⁾ Sin embargo, un estudio realizado por McCarter Spaulding D y Shea S ⁽¹⁹⁾, en 2017, para determinar la efectividad de una intervención educacional en el postparto no encontró diferencias significativas entre el grupo que recibió la intervención y el que recibió los cuidados habituales en el postparto, y aconsejaron que sería más efectivo implantarla durante el embarazo y reforzarla en el postparto.

Varias intervenciones educacionales lograron disminuir el estrés en madres con RN prematuros: un programa de empoderamiento de las madres, un programa educativo basado en un video y visitas a la Unidad Neonatal en las madres ingresadas por riesgo alto de parto prematuro o una intervención que mejora la comprensión de las características del prematuro y sus necesidades ⁽²⁶⁾.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), esta avalada por la investigación científica para ser usada en el postparto y pretende reducir la sintomatología depresiva focalizando y modificando pensamientos y comportamientos negativos ^(5, 16, 28). En un estudio realizado por Van Lieshout et al. ⁽²⁸⁾ encontraron resultados clínica y estadísticamente significativos después de impartir las sesiones de la TCC grupal. Las puntuaciones de la EPDS se redujeron de 17,14 puntos al principio del estudio a 8,57 puntos tras la terapia. Se disminuyeron, también, el número de visitas de madres al centro de salud, y se dio una mejoría de las relaciones materno-filiales. Otro estudio realizado por Shaw et al. llevo a cabo sesiones de terapia cognitivo-conductual individual enfocada al trauma para madres con RN prematuros, y consiguieron reducir el estrés de estas madres ⁽²⁶⁾.

Otra de las psicoterapias, avalada por la comunidad científica, es la terapia interpersonal (PIP), consiste en mejorar los síntomas depresivos ayudando a los pacientes a realizar cambios en sus relaciones personales, y a adquirir nuevas destrezas vinculadas a la maternidad. Se

focaliza en el cambio de roles, en el apoyo social y el estrés ^(5, 16). Estudios realizados por Grigoriadis S y Ravitz P y Kim et al. han demostrado que las intervenciones que incluyen una terapia interpersonal son más efectivas que las que incluyen la TCC ^(3, 5).

Bora-Günes N & Çavusoglu H y Horowitz-Andrews et. al. ^(17, 25) estudiaron la eficacia de la atención domiciliaria de enfermeras para mujeres en el postparto. Bora Günes N & Çavusoglu H ⁽¹⁷⁾ encontraron que la intervención empleada demostró diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo de estudio a los 40-42 días postparto en cuanto a mejorías en la sintomatología depresiva y menos problemas a la hora de proporcionar cuidados al bebe. En la intervención empleada por Horowitz-Andrews et. al. ⁽²⁵⁾, en cambio, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de control y el grupo de estudio. Los síntomas de depresión y el vínculo materno-filial mejoraron en ambos, por lo que se concluyó que las visitas domiciliarias tuvieron un efecto positivo para todas las participantes.

Existen otras intervenciones para mejorar la sintomatología depresiva en la mujer, tales como la realización del ejercicio físico, las técnicas de relajación, la psicoterapia de apoyo o las intervenciones psicosociales preventivas. Aunque, utilizando esta última no se encontraron diferencias significativas entre el grupo que la recibió y el grupo que recibió la atención estándar ^(15, 16).

El tratamiento farmacológico es fundamental en los casos moderados o severos de DPP, aunque crea mucha controversia por los posibles efectos secundarios que pueda tener en el feto o en el lactante ^(3, 16).

Los fármacos que más frecuentemente se utilizan en estos casos son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Los más estudiados son la fluoxetina y la sertralina, siendo esta última la que mayor seguridad ha presentado al no tener ningún efecto sobre el transporte de serotonina a nivel del SNC del RN, además, los niveles de este fármaco en la leche materna son muy bajos e indetectables en el plasma de los neonatos. La fluoxetina, en cambio, alcanza mayores niveles del fármaco en la sangre del neonato que otros ISRS ^(3, 16).

En la revisión realizada por Jadresic M. E ⁽¹⁶⁾, se sugiere evitar la paroxetina en gestantes o en mujeres que planean embarazarse, ya que los RN de madres que habían tomado este fármaco presentaban un riesgo dos veces mayor de malformaciones congénitas cardíacas, además de asociarse al síndrome de discontinuación en los RN. Pereda Ríos et. al. ⁽³⁾, en cambio, avalan la seguridad de la paroxetina en el tratamiento de la DPP, asegurando que los niveles en sangre de este fármaco son indetectables.

Actualmente, se recomienda evitar el uso de psicofármacos durante las primeras 12 semanas de gestación por el riesgo de malformaciones, pero, estudios realizados por Wen et al y Huybrechts et al. indican que existe escasa evidencia de teratogénesis derivada de los fármacos antidepressivos durante el embarazo o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia. Por ello, se cree que son una buena opción terapéutica y una alternativa segura, incluso durante el primer trimestre del embarazo. No indicar estos fármacos a mujeres con historias anteriores de depresión puede aumentar el riesgo de desarrollar una DPP ⁽¹⁶⁾.

6. CONCLUSIONES

La depresión postparto es una patología que causa una gran morbilidad en las mujeres que lo padecen y en los recién nacidos. Afecta en muchos aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la mujer, haciendo que su calidad de vida y la de su hijo/a disminuyan, ya que esta no será capaz de brindar los cuidados necesarios al bebe y, esto, le podría causar consecuencias negativas a corto y a largo plazo.

El rol de la matrona y el de la enfermera son fundamentales en la prevención y la detección de la DPP. Es de vital importancia que se les imparta más educación a cerca de esta enfermedad para que, así, sepan reconocer los factores de riesgo relacionados, las herramientas de detección existentes y sepan diferenciar entre el “maternity blues” y la depresión postparto, ya que esto les ayudara a realizar un diagnóstico correcto y, en su caso, prevenir que la disforia postparto pase a ser, más adelante, una DPP. Se sugiere que los profesionales de enfermería realicen controles en las revisiones o consultas preparto y postparto, centrándose en la salud mental de la mujer, para lo cual se pueden utilizar escalas de detección validadas, como, por ejemplo, la EPDS, que parece ser la más eficaz. Sería recomendable impartir educación para la salud tanto a mujer como a su pareja, informándoles, desde el embarazo, sobre la enfermedad y sus consecuencias y, además, fomentar la implicación de su pareja, familia y amigos para que le sirvan de apoyo durante este proceso.

Un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, adaptado a cada mujer, favorecen la disminución de la morbilidad que provoca esta patología, mejorando la calidad de vida de la madre y del recién nacido y reduciendo las posibles consecuencias negativas. Se ha demostrado que las intervenciones enfermeras son cada vez más eficientes y, que el uso de los fármacos antidepressivos, no acarrea tantas complicaciones como se pensaba.

Sería conveniente que se realizaran más estudios acerca de este trastorno, concretamente, acerca de los factores de riesgo asociados y de la etiología de la enfermedad. Para así poder detectar los casos de mujeres con mayor riesgo de padecer DPP, antes de que comiencen los síntomas, o cuando estos todavía son leves, y poder reducir, a través de una temprana intervención, los efectos secundarios que acarrea la enfermedad en la mujer, el RN y su entorno.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Atención al parto y salud reproductiva [Internet]. Soria: José M^a Sierra Manzano; 2015 [Consultado 15 ago 2020]. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Estrategia_Partido_y_Salud_Reproductiva/BBPP_PARTO_Castilla_y_Leon_2.pdf
2. Martos López IM, Sánchez Guisado MM, Pérez Berenguel MC. Depresión posparto, la cara más oscura de la maternidad. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2017 [Consultado 30 Jul 2020]; 27: [1-6]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/092.php>
3. Pereda Ríos A, Navarro González M, Viñuela Benítez M, Aguarón de la Cruz A, Ortiz Quintana L. Desórdenes psiquiátricos en el puerperio: nuestro papel como obstetras. Clin invest Gin Obst [Internet] 2014 [Consultado 30 Jul 2020]; 41(4): [169-175]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-desordenes-psiquiatricos-el-puerperio-nuestro-S0210573X13001044>
4. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal [Internet]. Bethesda: National Institute of Mental Health; [Consultado 15 ago 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>
5. Alhusen JL, Álvarez C. Perinatal depression: A clinical update. Nurse Pract [Internet] 2016 [Consultado 30 Jul 2020]; 41 (5): 50-55. Disponible en: https://journals.lww.com/tnpj/Fulltext/2016/05000/Perinatal_depression_A_clinical_update.9.aspx
6. Dois C. A, Lucchini R. C, Villarroel D. L, Uribe T. C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Rev chil pediatri [Internet]. 2013 [Consultado el 30 Jul 2020]; 84(3): 284-292. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000300006&Ing=pt&lng=es
7. García Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish Mothers. J Affect Disord [Internet] 2003 [Consultado 1 ago 2020]; 75(1): 71-76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032702000204>
8. Gil Aguilar AV, Maján Sesmero CT, Piñero Sánchez Y. Relación entre depresión posparto y tipo de parto. Revisión bibliográfica. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2015 [Consultado el 30 Jul 2020]; 22: 1-4. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/442.php>
9. Jiménez Vinuesa NS, Bueno Cardona JM, Pelegrina Bonel AM. Salud Mental en el Postparto. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2017 [Consultado 30 Jul 2020]; 27: 1-5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/088.php>
10. Kim Y, Dee V. Self-Care for Health in Rural Hispanic Women at Risk for Postpartum Depression. Matern Child Health J [Internet] 2017 [Consultado 30 Jul 2020]; 21: 77-84. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-016-2096-8>
11. Mahenge B, Stöckl H, Mizinduko M, Mazalale J, Alcrecht J. Adverse Childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. J Affect Disord [Internet]. 2017 [consultado 30 Jul 2020]; 229: 159-163. Disponible en: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4646059/>
12. Martín Morales D, Carmona Monge FJ, Peñacoba Puente C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. Anales de psicología [Internet] 2014 [Consultado el 30 Jul 2020]; 30(3): 908-915. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.30.3.153101/165031>
13. Vazquez MB, Minguez MC. Validation of the Edinburg postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. J Affect Disord [Internet] 2018 [Consultado 1 ago 2020]; 246: 515-521. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718317002>

14. Fuentes Iglesias ML, Pérez Romero MP, Fontado Pedreño Y. Recorrido histórico de la Depresión Posparto hasta las tendencias más actuales. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2016 [Consultado 30 Jul 2020]; 25: 1-6. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/068.php>
15. Suárez-Varela Varo Inmaculada. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. NURE Inv. [Internet]. 2012 sept-oct [consultado 30 Jul 2020]; 9(60): 1-17. Disponible en: <http://www.fuden.es/FICHE-ROS ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE60 proyecto depresion posparto.pdf>
16. Jadresic M. E. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet] 2014 [Consultado el 1 ago 2020]; 25(6): 1019-1028. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>
17. Bora Günes N, Çavusoglu H. Effects of a home follow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies. Public Health Nurs [Internet] 2019 [Consultado 1 ago 2020]; 37(1): 56-64. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12671>
18. Lasheras G, Farré Sender B, Serra B. Detección in situ de la depresión posparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. C Med Psicossom [Internet] 2014 [Consultado 1 ago 2020]; (109): 22-31. Disponible en: http://www.editorialmedica.com/editorialmedica_publicacion_numero_detalle.php?nid=565&t=cuadernos&y=2014&m=Enero%20-%20Febrero%20-%20Marzo%202014&num=109
19. McCarter Spaulding D, Shea S. Effectiveness of discharge Education on Postpartum Depression. MCN Am J Materns Child Nurs [Internet] 2016 [Consultado 1 ago 2020]; 41(3): 168-172. Disponible en: https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2016/05000/Effectiveness_of_Discharge_Education_on_Postpartum.7.aspx
20. Chaves Souza KL, de Souza Santos AL, Boa Sorte ET, Pereira Peixoto LM, Teixeira Carbalho B. Knowledge of nurses of primary care about puerperal depression. J Nurs [Internet] 2018 [Consultado 4 ago 2020]; 12(11): 2933-2943. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231699>
21. Félix, TA, Nogueira Ferreira AG, Avila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muniz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura. Enfermería Global [internet] 2013 [Consultado 4 ago 2020]; 12(1): 404-419. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/151801>
22. Kang PS, Mohazmi M, Ng YM, Liew SM. Nurses' knowledge, beliefs and practices regarding the screening and treatment of postpartum depression in maternal and child health clinics: A cross-sectional survey. Malays Fam physician [Internet] 2019 [Consultado 4 ago 2020]; 14(1): 18-25. Disponible en: <https://e-mfp.org/wp-content/uploads/v14n1-original-article-3.pdf>
23. Santisteban Gómez M, Martín Montejó O, Pérez Guerrero MC. Capacitación del personal de enfermería en la identificación del trastorno depresivo del postparto en mujeres. Convención Salud [Internet] 2015 [Consultado 4 ago 2020]; 1-5. Disponible en: <http://www.convencionosalud2015.sld.cu/index.php/convencionosalud/2015/paper/view/303>
24. Angulo Arias LM. La depresión posparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido. Línea de Vida [Internet] 2015 [Consultado 5 ago 2020]; 1: 18-22. Disponible en: <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Kk/article/view/369>
25. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet] 2013 [Consultado 8 ago 2020]; 42(3): 287-300. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1552-6909.12038>
26. Puig Calsina S, Obregón Gutiérrez N, Calle del Fresno S, Escalé Besa M, Cantó Codina L, Goberna Tricas J. Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. Matronas Prof [Internet] 2018 [Consultado 8 ago 2020]; 19(1): 21-27. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas->

[profesion/sumarios/ansiedad-y-depresion-en-las-madres-de-recien-nacidos-prematuros-estrategias-de-intervencion-y-revision-de-la-bibliografia/](#)

27. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Tatano Beck C. Nursing Care for Postpartum Depression, Part 1: Do Nurses Think they should offer both Screening and Counseling?. MCN Am J Matern Child Nurs [Internet] 2010 [Consultado 8 ago 2020]; 35(4): 220-225. Disponible en: https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2010/07000/Nursing_Care_for_Postpartum_Depression,_Part_1_Do.9.aspx

28. Van Lieshout RJ, Layton H, Feller A, Ferro MA, Biscaro A, Bieling PJ. Public Health nurse delivered group cognitive behavioral therapy (CBT) for postpartum depression: A pilot study. Public Health Nurs [Internet] 2019 [Consultado 8 ago 2020]; 37 (1): 50-55. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12664>

8. ANEXOS

Anexo I. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS)

Instrucciones de uso:

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

Pautas para la evaluación:

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

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

- | | |
|---|---|
| <p>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</p> | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada</p> |
| <p>2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada</p> | <p>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</p> |
| <p>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</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada</p> |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo</p> | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca</p> |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada</p> | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca</p> |

1. Fuente: New Jersey Government. Disponible en: https://nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

Anexo II. Beck Depression Inventory (BDI)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1)

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2)

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3)

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4)

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5)

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7)

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8)

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9)

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10)

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11)

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12)

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13)

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14)

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15)

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16)

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17)

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18)

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19)

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20)

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21)

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

Resultados:

- De 5 a 9: alteraciones normales.
- De 10 a 18: depresión leve-moderada.
- De 19 a 29: depresión moderada-severa.
- De 30 a 63: depresión severa.
- Si se obtiene un resultado menor de 4, puede que se esté negando la existencia de depresión, ya que incluso personas en estado normal no lo obtienen.
- Si se obtiene un resultado mayor de 40, supera la depresión severa, y puede ser una exageración que nos podría orientar a un tipo de trastorno límite o histriónico.