



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2021-2022
Trabajo de Fin de Grado

**DETECCIÓN DEL RIESGO Y
PREVENCIÓN FRENTE A LA
DEPRESIÓN POSTPARTO.
UNA REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**

Paula Martín Aragón

Tutor: Rafael Martín Sánchez

RESUMEN

Los trastornos del estado de ánimo puerperales, aún a día de hoy son un aspecto derivado de la maternidad bastante desconocido e infradiagnosticado. Este trabajo aborda específicamente uno de ellos, la depresión postparto (DPP), complicación obstétrica más frecuente durante el puerperio (prevalencia del 5-20%), con una clínica acorde con la de un trastorno depresivo mayor (TDM) y que produce repercusiones en todas las esferas vitales tanto de la madre, hijo y círculo cercano. Por ello se consideró una necesidad la detección de sus factores de riesgo predisponentes y su abordaje temprano por medio de estrategias preventivas eficaces. Para la realización de este estudio se han seleccionado 16 artículos incluidos en los resultados, que investigan los principales factores de riesgo, las diferentes metodologías y estrategias preventivas que han demostrado efectividad para disminuir la incidencia de la DPP, el método diagnóstico de elección y el papel que desempeña enfermería en todas estas cuestiones. Los resultados de manera general han sido positivos y han demostrado homogeneidad: la figura de la enfermera y/o matrona de AP es clave para desarrollar las intervenciones preventivas, las cuales han demostrado que teniendo en cuenta los factores de riesgo potenciales y que centrándose en actuar tanto sobre la madre como sobre su hijo, presentan una buena eficacia. Además, los patrones de alimentación infantil tienen mucho que ver con la DPP, especialmente la lactancia materna (LM) por los beneficios que confieren frente a ella. En cuanto al diagnóstico, para ello se emplea fundamentalmente la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

Palabras clave: depresión postparto, cuidados de enfermería, prevención, Escala de Edimburgo, lactancia materna y factores de riesgo.

ABSTRACT

Postpartum mood disorders are still a largely unknown and underdiagnosed aspect of motherhood. This study specifically addresses one of them, postpartum depression (PPD), the most common obstetric complication during the puerperium (prevalence of 5-20%), with a clinical picture consistent with that of a major depressive disorder (MDD) and which has repercussions in all spheres of life for the mother, child and close circle. For this reason, the detection of predisposing risk factors and their early approach by means of effective preventive strategies was considered a necessity. For this study, 16 articles included in the results were selected to investigate the main risk factors, the different methodologies and preventive strategies that have proven effective in reducing the incidence of PPD, the diagnostic method of choice and the role of nursing in all these issues. The results have been generally positive and have shown homogeneity: the role of the PC nurse and/or midwife is key to develop preventive interventions, which have shown that taking into account the potential risk factors and focusing on acting on both the mother and her child, have a good efficacy. In addition, infant feeding patterns have a lot to do with PPD, especially BF because of the benefits it confers. As for diagnosis, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is mainly used.

Key words: postnatal depression, nursing care, prevention, Edinburgh Scale breastfeeding and risks factor's.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
4. HIPÓTESIS	6
5. OBJETIVOS	6
6. MATERIAL Y MÉTODOS	6
6.1. Diseño	6
6.2. Estrategia de búsqueda	7
7. RESULTADOS	8
8. DISCUSIÓN	9
9. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	21
10. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA	21
11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	21
12. CONCLUSIONES	22
13. BIBLIOGRAFÍA	23
14. ANEXOS	28

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Resumen de los resultados por bases de datos	7
Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión para la investigación	8
Figura 2. Algoritmo de selección de artículos para la Revisión Sistemática	9

ÍNDICE DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria.

CES-D: Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10.

DM-II: Diabetes Mellitus Tipo 2

DPP: Depresión postparto.

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

ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado.

EPDS: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

HTA: Hipertensión Arterial.

IMC: Índice de Masa Corporal.

LM: Lactancia Materna

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PSS: Escala de Estrés Percibido de Cohen.

RN: Recién Nacido.

RS: Revisión Sistemática.

SG: Semanas de Gestación.

TD: Trastorno Depresivo.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor.

TFG: Trabajo de Final de Grado.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un periodo de cambios y nuevos acontecimientos muy relevantes en la vida de las futuras madres y el entorno familiar, pero no debemos olvidar que tras los meses de gestación y el parto, llega el postparto, una etapa de igual relevancia. El puerperio o postparto se define como *"el periodo de tiempo que se inicia tras el parto y que finaliza tras las seis semanas posteriores al nacimiento"*. Después del parto, es normal que la mujer se sienta más débil y vulnerable por el inmenso esfuerzo realizado los meses anteriores y durante el propio proceso de dar a luz, sumado a los nuevos cambios en todas las esferas vitales en los que se sumerge y frente a los cuales deberá adaptarse. Cambios reflejados a nivel psicológico, social, sexual, económico y biológico, este último con grandes repercusiones por los cambios que se producen en las hormonas tiroideas y gonadales¹.

La calidad de la atención sanitaria durante las etapas prenatal y postnatal, es directamente proporcional al correcto control de la salud materna mediante la promoción de la misma, pero también para la prevención y detección temprana de posibles procesos patológicos que pudiesen aparecer, ya que existen familias que viven la etapa del postparto de manera positiva, predominando durante el proceso los sentimientos de alegría, positividad y fácil afrontamiento de la situación mediante nuevos y constantes aprendizajes. Pero no en todos los casos sucede así, ya que en ocasiones predomina la sensación de debilidad y fragilidad tanto física como emocional que provocan que se vea alterado el equilibrio y fortaleza necesarios para afrontar este periodo^{2,3}.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 80% de las nuevas madres padece una serie de dificultades a nivel psicológico y emocional en el postparto (*"maternity blues"*) que desencadenan los denominados *"trastornos del ánimo puerperales"* ^{4,5}. El *"baby blues"* o *"maternity blues"*, traducido como *"tristeza postparto"* suele aparecer entre 1 y 14 días después del parto, siendo su máximo periodo de expresión entre los días 3 y 7, aquellos en los que más se exacerban las alteraciones hormonales propias de esta etapa, al pensarse que puede aparecer tras el descenso repentino en los niveles de estrógenos y progesterona tras el parto. Su

sintomatología característica: estado de ánimo disminuido, irritabilidad, labilidad emocional, pérdida de interés en las actividades habituales, reducción de la energía, nerviosismo, trastornos del sueño, poca confianza en sí mismo que también provoca dudas acerca de sus capacidades como madre, etc. Los puntos clave para diferenciarlo de otros trastornos menos frecuentes y de mayor gravedad, es que éste episodio no debe tener repercusiones en el funcionamiento habitual de la madre y que el tratamiento se enfoca en medidas de apoyo emocional, fomentar el apoyo familiar, vigilancia estrecha del transcurso sintomático y cuidados del bebé, no precisando tratamiento psiquiátrico (farmacológico) para su remisión. La persistencia y agravamiento de este episodio puede desencadenar una DPP^{4,5,6,7}.

Aludiendo a los datos, los trastornos depresivos se sitúan como la complicación postnatal más frecuente, con una prevalencia entre las nuevas madres del 13%⁴. Su manifestación se caracteriza por *"una tristeza de una intensidad o duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades"*. Su origen a día de hoy aún es desconocido, aunque se tiene conocimiento de que determinados factores genéticos (hereditarios), ambientales, químicos (variaciones en las concentraciones de determinados neurotransmisores), psicosociales (situaciones de estrés), antecedentes personales de problemas psiquiátricos y sexo (mayor prevalencia en el sexo femenino) la favorecen⁸.

Dentro de los trastornos depresivos, se clasifican en una amplia variedad de acuerdo a la clínica concreta de cada uno de ellos. El trastorno clásico de este grupo es el TDM, caracterizado por un estado de ánimo deprimido, pérdida de placer o interés hacia casi todas las actividades, durante mínimo dos semanas, además de la presencia de al menos cuatro síntomas depresivos adicionales, como pueden ser cambios en el apetito y peso, en el sueño y actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio⁹.

La DPP es una enfermedad grave de salud mental, integrada y definida también dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como un TDM¹⁰. Las características que la definen son

diversas, los síntomas centrales son los sentimientos de tristeza intensa y fatiga o anergia (falta de energía) persistentes combinados con ansiedad hacia la nueva situación vital. Además de la aparición de pensamientos intrusivos altamente relacionados con el miedo a hacer daño a su hijo, anhedonia (pérdida de la sensación de placer hacia situaciones o personas que anteriormente disfrutaba), trastornos del sueño y del apetito, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para mantener la concentración, ideación suicida, etc. En general son similares a los que se presentan en el TDM ya mencionado^{4,6,10}. Su prevalencia a nivel mundial se encuentra entre el 5% y el 20% tras el parto, cifras muy elevadas que muestran una clara necesidad de estrategias preventivas y de tratamiento contra la misma⁵. En cuanto al tiempo de manifestación, hay discordancia entre los dos principales sistemas de clasificación actuales, el ya mencionado DSM-V y la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10), ya que este primero sitúa su inicio hasta pasadas las cuatro semanas postparto y el segundo sin embargo lo amplía hasta la sexta. Sin embargo, determinados estudios apuntan que la DPP puede aparecer incluso pasado un año tras el nacimiento⁴.

La psicosis postparto, es otro trastorno propio del periodo puerperal que debe ser debidamente diferenciado de la DPP. Esta se puede considerar la patología mental más grave que puede suceder tras el parto, su incidencia es del 0,1-1% y la clínica se basa en síntomas psicóticos y afectivos: euforia, irritabilidad, logorrea, trastornos del sueño, agitación, ansiedad, alucinaciones y/o delirios, ideas persecutorias, pensamientos obsesivos con dañar al bebé, e incluso ideas suicidas. Dada la gravedad del cuadro, requiere hospitalización y tratamiento urgente^{4,5}.

Como ya se ha mencionado, las consecuencias de estas afecciones propias del puerperio no solo afectan a la madre, sino que también al bebé, padre y entorno cercano de la familia. Se asocia con problemas dentro de la pareja, incluida la afectación personal de la otra figura paternal (el 50% padecerá sintomatología propia de los trastornos del ánimo¹¹), daños a nivel social y ocupacional, deterioro del vínculo madre-hijo, disminución de la calidad de los cuidados que recibe el niño (reducción de la alimentación con LM, mayor riesgo de desnutrición y de padecer procesos patológicos agudos), afectación directa

en el funcionamiento global del niño (problemas cognitivos, emocionales, conductuales, aumento del riesgo de sufrir en el futuro trastornos psiquiátricos, ...; de hecho, el estudio *Avon Longitudinal Study of Parents and Childrens* descubrió que las consecuencias de la DPP en las madres, tuvo repercusiones en el desarrollo de sus hijos visibles hasta cumplidos los 18 años.)^{9,12,13}.

Aunque afortunadamente con el paso del tiempo se ha podido percibir en la sociedad un aumento del interés hacia la salud mental y las patologías derivadas de sus alteraciones, diversos estudios manifiestan que los trastornos del estado de ánimo puerperales permanecen infradiagnosticados y como consecuencia, sin ser correctamente tratados, aún siendo la DPP la complicación obstétrica con mayor prevalencia (aún más que la preeclampsia o el parto prematuro)^{4,13,14}. A esto último se suma que el hecho de experimentar emociones negativas durante este período vital, hace sentir a muchas madres avergonzadas por el estigma que hay detrás de las patologías mentales, junto con el miedo a los fármacos asociados a estas patologías durante la lactancia¹⁴.

Es un hecho que la salud mental forma parte de la salud global del individuo, definida como *"un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad"*¹⁵. Por ello y por la relevancia que tiene la disminución de la prevalencia de la DPP, ejercer prevención sobre ella es un objetivo con elevado potencial de mejora¹⁴.

2. JUSTIFICACIÓN

Las patologías mentales afectan cada vez a un mayor número de personas, solo hace falta echar la vista a nuestro entorno cercano para comprobarlo. En concreto, la DPP afecta a muchas más mujeres de las que se puede llegar a imaginar, ya que hoy en día sus tasas de diagnóstico aún son muy bajas y por consiguiente también las de su tratamiento, lo cual termina repercutiendo en la madre, hijo y entorno cercano, constituyendo un grave problema de salud pública.

Una de las labores más importantes de los equipos de enfermería es la de acompañar y cuidar de nuestros pacientes a lo largo de todas sus etapas vitales, como puede ser el postparto. En concreto, la prevención y detección temprana de patologías o problemas asociados, son tareas que cuando se desempeñan de forma correcta se terminan traduciendo de forma directa en una mejor calidad de vida de los pacientes, al actuar antes de que el problema potencial se instaure de lleno en su vida, con todo lo que ello supone.

Es por eso que he decidido realizar esta Revisión Sistemática (RS) acerca de la detección de los factores de riesgo y de las diferentes estrategias preventivas probadas en madres, con el objetivo de disminuir la incidencia de la DPP. La idea surgió tras conocer en mi entorno un número elevado de mujeres que la habían padecido, y cuyo diagnóstico en la mayoría de casos fue tardío, además de no haber sido ninguna de ellas tratada específicamente. Pero lo que más me sorprendió, fue el hecho de que todas ellas desconocían lo que las estaba sucediendo y según sus testimonios lo procuraron ocultar y minimizar frente al resto de personas por vergüenza o pensamientos del tipo: *"debería estar feliz por lo que estoy viviendo"*, *"hay cosas más importantes"*, ...

Con mi trabajo pretendo dar a conocer y visibilizar aún más esta patología, además de que a través de la bibliografía más actual investigada, sentar nuevas estrategias preventivas para la reducción de su incidencia.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo la búsqueda de información de forma específica, previamente he diseñado el esquema PICOT de la investigación:

- **Paciente:** Mujeres embarazadas de entre 19-44 años con riesgo de padecer DPP.
- **Intervención:** Investigar métodos preventivos probados contra la DPP y los principales factores de riesgo asociados.
- **Comparación:** Evaluar cómo las mujeres en las que se realizan las estrategias preventivas cuentan con una tasa de prevalencia menor de DPP, frente a aquellas en las que no.

- **O. Resultados:** Establecer que la prevención temprana determina el curso futuro de una menor prevalencia de depresión puerperal.
- **Tiempo:** Durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2022.

4. HIPÓTESIS

Aquellas madres que durante el período de gestación han recibido además de la asistencia sanitaria habitual a lo largo de sus visitas, educación sanitaria enfocada en el bienestar postparto y atención centrada en su situación individual teniendo en cuenta los posibles factores potenciales de riesgo, muestran una menor prevalencia de afecciones como la sintomatología depresiva en el postparto.

5. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Investigar los principales factores de riesgo y estrategias preventivas referentes a la DPP.

Objetivos específicos:

- Agrupar las estrategias preventivas frente a la DPP por categorías o metodologías específicas.
- Exponer los principales métodos diagnósticos de la DPP.
- Averiguar el papel de enfermería en el proceso preventivo del trastorno depresivo puerperal.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Diseño

El diseño de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se basa en una RS, planteada mediante la estrategia de investigación PICOT y desarrollada siguiendo el esquema PRISMA.

6.2. Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica comenzó en el mes de enero de 2022 y duró hasta abril del mismo año. Se realizó en diferentes bases de datos (Pubmed, Dialnet, Cuiden, Google Académico y Cochrane) (Figura 1) de las cuales se obtuvieron los artículos seleccionados para la investigación.

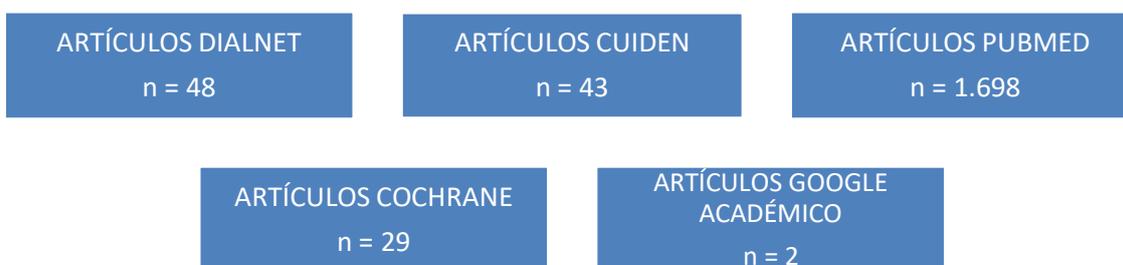


Figura 1. Resumen de los resultados por bases de datos. Elaboración propia.

La investigación trata sobre la DPP, concretamente enfocándola desde sus factores de riesgo y la prevención de la misma. Posteriormente, se detallaron los Descriptores (o palabras clave) "*Postpartum depression*" ("*Depresión postparto*"), "*Nursing care*" ("*cuidados de enfermería*"), "*Prevention*" ("*prevención*"), "*Edinburgh Scale*" ("*Escala de Edimburgo*") y "*Breastfeeding*" ("*lactancia materna*"); como nexo de unión entre ellos se empleó el Operador Booleano "*AND*" ("*Y*"). Finalmente, para una mayor especificidad en la búsqueda se introdujeron los criterios de inclusión (texto completo gratuito, 10 últimos años, humanos, mujeres, adultos (19-44 años) y disponibles en inglés, portugués y/o español) y de exclusión (artículos con más de 10 años, texto completo y gratuito no disponible, especie diferente a la humana, hombres, edades fuera del rango 19-44 años e idiomas que no sean inglés, portugués o español) (Tabla 1).

Posteriormente, se seleccionaron aquellos artículos que cumplían los objetivos de la RS.

Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión para la investigación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Texto completo gratuito 10 últimos años Humanos Mujeres Adultos (19-44 años) Disponibles en inglés, portugués y/o español	Artículos con más de 10 años Texto completo y gratuito no disponible Especie no humana Hombre Edades fuera del rango 19-44 años Idioma diferentes al inglés, portugués y español

7. RESULTADOS

El proceso de selección de artículos se describe en la Figura 2. Se identificaron un total de 1820 artículos en las bases de datos mencionadas, que tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión mencionados con anterioridad, quedaron reducidos a 272, de estos se descartaron 187 tras la lectura de título y resumen, y posteriormente se descartaron de nuevo un total de 61 artículos por encontrarse duplicados, no poseer disponibilidad de lectura completa gratuita y no encontrarse ya disponibles o basarse en una población de estudio muy concreta (madres con VIH, víctimas de violencia de género, etc.). Tras la lectura completa, los artículos seleccionados finalmente para su empleo en la discusión fueron 16, los cuales se detallan en el "Anexo 1. Estudios revisados".

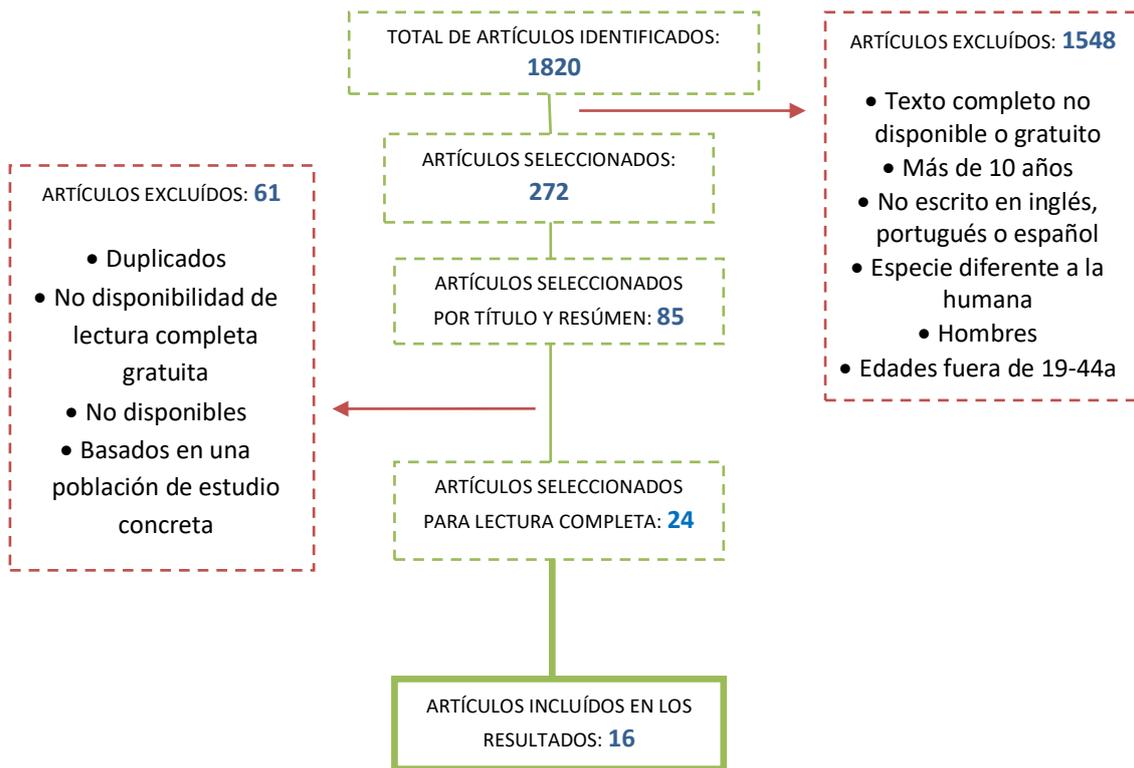


Figura 2. Algoritmo de selección de artículos para la Revisión Sistemática. Elaboración propia.

8. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica son muy heterogéneos, tanto por la naturaleza de los estudios como por las diferentes vertientes desde las que abordan la prevención de la DPP. Esto último se refiere a que algunos de ellos se basan en la revisión de literatura existente, otros en el análisis de datos de estudios realizados, también en la descripción de la implementación de intervenciones preventivas o de tratamientos en comparación con grupos control y algunos de ellos en el estudio de factores de riesgo asociados a la DPP y que pueden suponer nuevas líneas de abordaje temprano de la misma. En primer lugar vamos a tratar las estrategias psicológicas y psicosociales, así como los factores de riesgo y complicaciones que pueden predisponer a la DPP en mujeres, ya que a pesar de no conocerse aún a día de hoy su etiología, se asume que hay determinadas situaciones y factores que la

favorecen, las cuales pueden suponer el eje para la creación de nuevas y eficaces estrategias preventivas¹.

En base a esto el estudio de Werner et al. (2015)¹³, halló 37 ensayos controlados aleatorizados (ECA), de los cuales 17 basados en estrategias psicológicas y psicosociales dieron buenos resultados en los pacientes, y 13 de ellos se centraron concretamente en los factores de riesgo que atañan a la DPP¹³. Algo que observaron los autores durante el estudio, fue el hecho de que todas las intervenciones se enfocaron exclusivamente en la madre, sin tener en cuenta al bebé cuando ya se sospechaba que podía suponer una pieza clave cuando se hablaba de prevención. Esto se cree así tras haber observado en diferentes estudios^{15,16,17} cómo determinados comportamientos o características de los niños causan efectos directos en la madre¹³. Algunas de estas conductas infantiles determinadas como factores de riesgo desencadenantes de una posible DPP, son la presencia de un carácter complicado del niño, y más concretamente los estados de *"alboroto/llanto infantil y mal comportamiento del sueño"*^{15,16,17}.

Pero Werner et al. (2015)¹³ no consiguieron con su estudio demostrar estas cuestiones, debido a que hasta ese momento la integración del tratamiento de las conductas infantiles en la prevención de la DPP era muy escasa, pero aún así existente, por ello tomaron como referencia aquellas que lo lograron demostrar, para con vistas futuras enfocar la creación de nuevos estudios que sí integren esta metodología diádica. En resumen, actividades preventivas abarcadas desde la díada madre-hijo han demostrado tener una buena efectividad, algunos ejemplos de ello son los cambios a mejor en las conductas paternas y en el sueño de su hijo a través de actividades enfocadas en los patrones del sueño del bebé, o también aquellas enfocadas en aminorar los estados de desazón e incomodidad del niño además de los excesivos episodios de llanto^{13,18,19}.

Elizabeth A., et al (2016)²⁰ decidió realizar un ECA mediante el novedoso programa *"PREPP"*, en comparación con un grupo control sometido a la atención gestacional habitual. En ambos se incluyeron madres en riesgo de DPP pero solo en *"PREPP"*, con la ayuda de diferentes sesiones incluidas en el programa, se procedió a ejercer cambios en el comportamiento de sus bebés por ellas mismas, a la vez que se las facilitaron herramientas terapéuticas con

el fin de mejorar los síntomas de ansiedad y depresión postparto. Para el abordaje del comportamiento infantil se emplearon técnicas que bajo la evidencia tratan de minimizar los estados de llanto/alboroto y promoción del sueño (alimentación focal, estimulación diurna y disminución de la actividad por la noche, alargar los periodos entre tomas nocturnas, maximizar el contacto con el niño durante el día y envolver a los bebés adecuadamente fomentando así su calma y bienestar), en cuanto a la asistencia a las madres se llevó a cabo mediante apoyo psicológico, psicoeducación del período postparto y enseñanza de técnicas de atención plena. Los resultados de este enfoque diádico (madre-hijo) muy pocas veces probado, terminaron siendo muy positivos, "PREPP" demostró aminorar la incidencia de DPP en las madres a la vez que los episodios de malestar infantil, sentando mayor evidencia para la influencia mutua que ejercen madre e hijo sobre sus estados de ánimo²⁰.

Al igual que Elizabeth A., et al (2016)²⁰, Chrzan-Dętkoś et al. (2020)²¹ años más tarde quiso indagar en la creación de una intervención psicoterapéutica diádica centrada en la prevención de la DPP. Se basó en diversas investigaciones^{22,23,24,25} que situaban a la psicoterapia como el tratamiento más efectivo y en la importancia de una correcta detección temprana de las mujeres en riesgo por parte de los equipos de atención primaria, con una fuerte participación de enfermeras y matronas para así aumentar el éxito de la labor preventiva. El proyecto se llama "*Maternidad paso a paso*" y destaca por algunos elementos novedosos y respaldados por la evidencia al tratarse de una labor multidisciplinaria en la cual se integran la cooperación de matronas, enfermeras y psicólogas, además de combinar asesoramiento psicológico y de lactancia materna (LM)²¹.

Llevaron a cabo una evaluación inicial de las participantes mediante varios cuestionarios para a continuación, comenzar con las sesiones de psicoterapia y de apoyo a la LM. Los resultados fueron buenos, se vio como las madres que habían participado en las sesiones, mejoraron su sintomatología, en cuanto a los problemas mentales: "*Disminución del 60% en síntomas somáticos, del 80% de ansiedad e insomnio, del 70% en los síntomas depresivos y mejora del 90% en el funcionamiento cotidiano*". Las conclusiones obtenidas sobre su tasa de éxito se asociaron especialmente al trabajo multidisciplinar, al papel ejercido

en la detección de trastornos del ánimo por parte de enfermeras y por la acción temprana²¹.

Anteriormente Dugravier et al. (2013)²⁶ desarrolló un ECA llamado "*Compétences Parentales et Attachement dans la Petite Enfance: Diminution des risques lie aux problèmes de santé mentale et Promotion de la résilience (CAPEDP)*" basado en la evaluación de un programa de promoción de la salud en comparación con la atención habitual. La finalidad del estudio era lograr que la salud mental de los niños cuando cumpliesen los 2 años de edad, hubiese mejorado a través de la reducción de los síntomas depresivos maternos en los 3 meses posteriores a su nacimiento. La detección de sintomatología depresiva se llevó a cabo mediante la EPDS²⁶.

La intervención "*CAPEDP*" se encargó de otorgar herramientas a las madres para una correcta crianza, informarlas sobre el afrontamiento de la posible sintomatología depresiva y animarlas a servirse de las diferentes ayudas y redes de apoyo a su disposición. Los resultados no fueron muy prometedores, ya que no tuvo una reducción nada significativa de los síntomas depresivos maternos, aunque sí que respaldaron anteriores estudios que al igual que este eran intervenciones multifocales en madres en riesgo. El aspecto positivo con el que concluyó, fue la comprobación de la existente necesidad de crear programas específicos de prevención para madres en riesgo de padecer DPP²⁶.

Araújo et al. (2019)¹ realizaron un estudio con mujeres en la etapa puerperal y en el que también se empleó la EPDS. En él se pudo comprobar cómo un mal nivel educativo y un bajo estado socioeconómico, variables que tienden a ir de la mano en la mayoría de situaciones, están altamente relacionadas con el desarrollo de DPP. También se vio una mayor tendencia de sintomatología depresiva en las madres cuyo embarazo no era deseado o planificado en base a sus deseos vitales, generándolas malestar e inconformidad¹.

Otro factor de riesgo ya conocido y que también se puso de manifiesto en este estudio, fue la situación de madre soltera o separada, pero algo novedoso que se encontró en la investigación fueron aquellas parejas que permanecen juntas pero cuya relación es mala y con tendencia a los conflictos y discusiones, generando malestar en el núcleo habitacional y consecuentemente sobre el bienestar anímico materno, llegando incluso a afectar a la crianza filial. Por ello,

ante la valoración de estas situaciones, es importante que además de tener en cuenta a las familias monoparentales (madre-hijo), también se vigilen aquellas que no lo son, pero cuyos lazos no son buenos. Relacionado con lo anterior, el estudio enfatiza en la importancia de que exista una sólida red de apoyo durante el postparto con la cual la madre pueda contar, sentirse arropada y solicitar su ayuda o comprensión cuando sea necesario. Se trata de un periodo durante el cual hay muchas ideas preconcebidas y expectativas, las cuales si no se llegan a cumplir pueden desencadenar sentimientos de culpa, tristeza, enfado, ansiedad, ...; por ello el que su entorno la apoye y se implique con ella en esta nueva etapa vital puede suponer un gran cambio en el afrontamiento de la misma¹.

Además, también relaciona como factor de riesgo los antecedentes de problemas psiquiátricos maternos con una mayor probabilidad de padecer DPP, así como otras patologías o complicaciones en la salud durante el embarazo y postparto referentes a la propia madre (hipertensión (HTA) gestacional, diabetes, ...) o al RN (prematuridad, ictericia, ...)¹.

Tan solo un año antes Koutra et al. (2018)²⁷ también desarrollaron un estudio centrado en las posibles complicaciones surgidas durante el embarazo, periparto y postparto que se podrían asociar con la DPP. Lo hicieron basándose en anteriores estudios^{28,29,30,31,32,33} donde se relacionaban determinados factores de riesgo con la aparición de sintomatología depresiva en las madres durante el postparto, concretamente de etiología *"biológica y psicosocial (corta edad materna, bajo nivel educativo y socioeconómico, antecedentes de ansiedad y depresión, embarazo no planificado, alimentación artificial, ...), obstétrica y referente a complicaciones gestacionales (preeclampsia, hospitalización gestacional, ...)"*. Los resultados fueron claros y concisos, la EPDS reveló que la maternidad a edades tempranas, sin pareja, así como un bajo nivel económico y de estudios, resultaban en valores más altos en la escala, es decir, se asociaron con la presencia de DPP. Además, de manera específica este estudio obtuvo nuevas y claras conclusiones referentes a situaciones proclives a fomentarla: malas experiencias durante la LME o su interrupción antes de los 2 meses, falta de sueño y ronquidos durante la gestación, HTA gestacional y preeclampsia. Estas podrían producir alteraciones hormonales, específicamente aumentando los niveles sanguíneos

de serotonina y como consecuencia disminuyendo los niveles cerebrales, fomentando junto con la percepción de enfermedad por parte de la madre, un probable ánimo deprimido²⁷.

Este estudio también asocia la DPP con los malos patrones del sueño y la presencia de ronquidos mediante un proceso inflamatorio mediado por citocinas sanguíneas, las cuales se ven aumentadas ante la falta de sueño²⁷.

Dayan et al. (2018)³⁴ indagaron sobre un posible factor asociado a la DPP que no se contempló en los otros estudios, el aumento de peso gestacional. En concreto, estudiaron su asociación en gestantes que antes del embarazo contaban con un peso "normal" o con un exceso del mismo. Sabemos que uno de los resultados del embarazo es el aumento de peso que ésta etapa conlleva (aumento medio de 12 kg), pero también que éste debe ser controlado para que no sobrepase los límites saludables. Además, investigaciones han señalado que el tejido adiposo libera hormonas inflamatorias relacionadas con los TD, sumado a que los aumentos de peso repentinos pueden generar dificultades en torno a la aceptación de la nueva imagen corporal y más aún en situaciones de vulnerabilidad cómo son el embarazo o postparto. Los resultados del estudio no fueron los esperados, no se encontró relación entre la DPP y el aumento medio de peso gestacional, ni tampoco en el aumento de peso en el 2º trimestre, sin embargo sí que se relacionó un aumento del riesgo de padecer DPP como consecuencia exclusiva de la ganancia de peso en el 3er trimestre de embarazo. De hecho, los resultados revelaron un porcentaje muy similar entre las madres con peso normal y con sobrepeso (sin antecedentes previos de TD), lo que pone una vez más de manifiesto que el factor de riesgo potencial es el embarazo en sí y todo los cambios que este conlleva³⁴.

Otro tipo de intervenciones preventivas, son las enfocadas en la LM. La OMS la recomienda durante los primeros 6 meses de vida, por lo que su promoción y mantenimiento en el tiempo se han convertido en una prioridad clave debido a los múltiples beneficios que confieren tanto al bebé (protección contra enfermedades crónicas e infecciosas, desarrollo inmunológico, mejoría en las capacidades cognitivas y sensoriales, mejora del carácter, ...) como a la madre (prevención contra la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM II), patologías del sistema cardiovascular, cáncer de mama u ovario y por último como beneficio clave en

nuestra investigación: disminución del estrés, el cual hemos comprobado que constituye un factor de riesgo proclive a la DPP y mejora del estado de ánimo materno; estos dos se relacionan con el aumento en la liberación de la oxitocina que genera la LME...), además de favorecer el vínculo entre ambos durante la alimentación al aumentar la conexión y la experimentación de un mayor número de emociones positivas que generan seguridad y bienestar en torno a su nuevo papel como madre^{35,36,37,38}.

Aunque es cierto que hay estudios que se contradicen en resultados, al haber observado una relación bidireccional en los efectos generados por la LM sobre la DPP, es decir, actuando como factor protector o como factor de riesgo. Por ejemplo, los estudios de Koutra et al. (2018)²⁷ y Chrzan-Dętkoś et al. (2020)²¹ abordaron este aspecto al demostrar que su mantenimiento aminora y mejora los posibles problemas psicológicos y físicos del postparto, pero también cómo puede suponer un factor de riesgo hacia la sintomatología depresiva, en el caso de que las expectativas generadas en torno a ella no se llegasen a alcanzar, es decir, un "fracaso" en la LM esperada (dolor o malestar durante las tomas, mal progreso de la misma, situaciones que la dificultan en el tiempo, ...), fomentando junto con los desajustes hormonales propios del puerperio la aparición de depresión^{21,27}. Concretamente, el estudio de Koutra et al. (2018)²⁷ es más específico aún, señalando cómo las madres con una LM de duración inferior a los 2 meses presentan mayor prevalencia a padecer DPP¹⁹.

Con el objetivo de esclarecer e investigar estas cuestiones, situando el foco en torno a la creación de futuras estrategias de salud, Islam et al. (2021)³⁵ llevó a cabo un estudio con 426 madres en el que mediante la aplicación de cuestionarios obtuvo la información necesaria para la investigación. Los resultados asociaron determinadas características vitales con una mayor predisposición hacia la DPP, las cuales concuerdan con los resultados de varios estudios anteriores^{1,27}: bajo nivel educativo y económico, deficiente red de apoyo, embarazos no planificados, no LM y antecedentes de depresión. Pero especialmente son importantes los resultados referentes a la asociación entre LME, bajo apoyo social, estrés materno y DPP, aunque las relaciones aún no están claras del todo y propone varias vías. Un resumen de las conclusiones del estudio desemboca que en la LME actúa como mecanismo preventivo frente a la DPP mediante diferentes procesos: la LM favorece

mayores tiempos de conexión madre e hijo fortaleciendo el vínculo que se crea en los primeros meses y que hacen que la autoestima y seguridad como madre sean mucho mayores, también predispone a la mejora en los patrones del sueño tanto en la madre como en el bebé (*"las madres que amamantan exclusivamente suelen dormir un promedio de 40-45 minutos más y reportan menos interrupciones del sueño"*), que como ya se vio en el estudio de Chrzan-Deńkoś et al. (2020)²¹, las dificultades en el sueño y su disminución persistente aumentan el estrés materno. Se sospecha que esto ocurre debido a alteraciones hormonales sobre la producción de oxitocina y prolactina, las cuales en condiciones favorables inducen la LM y mejoran el estado de ánimo, por lo que si su concentración disminuye sumado a la situación generadora de estrés (el cual aumenta el cortisol), el resultado favorece la aparición de DPP. Por último, el estudio destacó la importancia del apoyo social, ya que cuando éste se encuentra presente, favorece los sentimientos positivos y aminora el estrés y abandono de la LME³⁵.

Ystrom (2012)³⁶ ya conocía cómo la oxitocina secretada mediante la LM tiene un impacto en la disminución de los síntomas depresivos en aquellas madres con antecedentes de depresión o padecimiento de la misma durante los meses de embarazo, estas tienen una mayor tendencia como consecuencia de ello al abandono temprano de la misma. Además, un apunte importante que hizo Ystrom (2012)³⁶ fue la relación inversa entre el tiempo de duración de la LM y la DPP, es decir, cuánto mayor es el tiempo que perdura la primera más disminuyen las probabilidades de padecer la segunda³⁶.

Shimao et al. (2021)³⁹ en la misma línea, realizó un estudio sobre cómo repercuten los modelos de alimentación infantiles y la duración de la LM en la posible aparición de DPP. Lo hizo basándose en diferentes estudios, como la relación de tiempos establecida por Ystrom (2012)³⁶ en el estudio anterior, o la asociación entre el contacto visual madre-bebé y el aumento consecuente de oxitocina abalado por investigaciones previas⁴⁰. Además, en él se empleó una vez más la EPDS. Los resultados se clasificaron en 3 grupos: madres que amamantaron exclusivamente durante los primeros 6 meses, madres que sostuvieron contacto visual o hablaron a su hijo mientras los alimentaban sin tener en cuenta el patrón alimentario y madres que hicieron ambas. Todos los grupos demostraron que mediante estas actividades disminuye el riesgo de

padecer DPP, pero los mejores resultados obtenidos fueron los de tercer grupo (LME durante 6 meses asociada al contacto visual madre e hijo y hablarlo durante las tomas), es decir, que la LME e interactuar con su bebé independientemente del tipo de alimentación que se le dé, son métodos favorables para reducir la incidencia de la patología. Estos resultados son acordes a los de estudios anteriores^{41,42} y se asocian una vez más a la acción que ejerce la oxitocina en la mejoría del estado de ánimo materno³⁹.

Durante la LM el bebé ejerce un movimiento de succión sobre el pezón de la madre, lo cual activa un estímulo que recibe el cerebro, secretando oxitocina como respuesta³⁹. La OMS en 2009 declaró que algunas actividades favorables a mejorar la LM y liberación de oxitocina, eran observar al bebé durante la lactancia⁴³. Cuatro años más tarde, Stuebe et al. (2013)⁴² demostró que los mayores niveles sanguíneos de oxitocina se observan en madres con puntuaciones en la EPDS más bajas³⁹.

Wouk et al. (2019)³⁷ introdujo un nuevo concepto para hablar también de la mejoría en la salud postparto mediante intervenciones relativas a las interacciones madre-bebé, similares a las del estudio anterior de Shima et al. (2021)³⁹. El concepto es denominado "*emotividad positiva*" y se refiere a las sensaciones experimentadas frente a actividades concretas percibidas como fuente de placer y bienestar, las cuales tienen tendencia a disminuir los sentimientos negativos, el estrés y la percepción de invalidez ante situaciones complicadas. Informaciones sitúan a la LM como una de las actividades que fomentan la percepción de estas emociones positivas, así como el apoyo externo y contar con recursos para el afrontamiento. Los resultados del estudio llevado a cabo en torno a estas cuestiones, demostraron disminuciones en las puntuaciones de síntomas depresivos y de ansiedad a los 2, 6 y 12 meses postparto cuando las madres experimentaron altas emociones positivas en el momento de la alimentación de sus hijos, aunque estas puntuaciones fueron algo más atenuadas pero aún así relevantes, al incluir en las variables aquellas madres que ya presentaban antecedentes depresivos prenatales. También destacar que el estudio encontró mayores beneficios de la oxitocina frente a la ansiedad que frente a la depresión³⁷.

También Hahn-Holbrook et al. (2013)³⁸ tentado por algunos estudios^{44,45} que concluían con la LM como claro agente protector contra la DPP, quiso indagar

en ello, pero teniendo en cuenta al igual que en el estudio anterior, la posible bidireccionalidad LM-DPP. También se evaluaron sus rutinas y duración de LM por medio de cuestionarios y se realizó la EPDS. Además, algo importante en este estudio, es que se tuvieron en cuenta los factores de riesgo ya mencionados (como el nivel educativo, nivel socioeconómico, red de apoyo, ...), poniendo aún más de manifiesto la importancia en la detección de los mismos para un mejor transcurso de posibles procesos depresivos en el postparto. En cuanto a los resultados, de manera general coinciden con los anteriores, al afirmar la asociación bidireccional entre LM-DPP: la experimentación de síntomas depresivos previa al parto desemboca en menos LM, al igual que la LM temprana tiene efectos positivos sobre ellos al aminorar su aparición en las madres. Pero de forma específica, este estudio obtuvo resultados que no se habían observado antes, ya que los beneficios de la LM sobre la mejora en la salud mental materna solamente se vieron reflejados pasados 2 años tras el parto, además, se observó que la frecuencia en el número de tomas del bebé es mucho más determinante para la disminución de sintomatología depresiva, que el hecho de que la alimentación infantil se base exclusivamente en la LM, es decir, a mayor número de tomas, menor fue la prevalencia de DPP en la madre (efecto dosis-respuesta), conclusión que ya se había mencionado en estudios⁴⁶ años atrás. Por último, se encontró relación entre la depresión prenatal y el destete temprano durante los primeros 3 meses postparto, ya que durante el resto del tiempo que duró el estudio (de los 3 a los 24 meses postparto), no se observó ningún tipo de influencia entre depresión y abandono de la LM³⁸.

Algo que este estudio tuvo en cuenta, fue la influencia que ejercen en algunos casos el consumo materno de antidepresivos, los cuales suelen estar contraindicados en su mayoría con la lactancia, haciendo optar a aquellas madres que no quieren interrumpir su tratamiento por la opción de no amamantar a sus hijos³⁸.

Por último mencionar el bloque clasificatorio de estrategias preventivas contra la DPP de índole biológica. Solo se ha encontrado un estudio que hable de ellas, el cual ya se empleó al principio de la discusión y que fue llevado a cabo por Werner et al. (2015)¹³. Éste encontró 8 ECA que trataban diferentes intervenciones biológicas con objetivo de prevenir la DPP en mujeres, y de

ellos los resultados fueron especialmente optimistas con aquellos que emplearon sertralina como antidepresivo y calcio y selenio como nutrientes complementarios en la dieta. El resto, bien no encontraron ningún tipo de resultado (tiroxina, omega-3 o DHA) y uno de ellos incluso tuvo efectos negativos (progestágeno). Aún así, el estudio sugiere mayor investigación sobre estas intervenciones, al no asegurar una completa fiabilidad ya que no se trabajó sobre madres con factores de riesgo proclives a la DPP, ni al haber realizado múltiples ensayos sobre estas sustancias.

Uno de los objetivos de esta investigación era averiguar los métodos diagnósticos existentes para la DPP, que tal y como se ha podido ver, en la mayoría de estudios para ello ha sido empleada la EPDS, encontrándonos con algunas otras escalas pero de uso mucho más aislado en comparación con la anterior. La EPDS se trata de una escala empleada a nivel internacional, fue diseñada por Cox y col. en 1987 y su uso se encuentra tan extendido debido a que es un método económico, sencillo, efectivo y de fácil y rápida aplicación en las madres. Se trata de un cuestionario formado por 10 preguntas centradas en el estado de ánimo materno durante los 7 días previos a la realización del test y que hacen especial hincapié en la presencia de sentimientos negativos y de desánimo que puedan interferir en la crianza. La puntuación que se puede asignar a cada una de las preguntas va de 0 a 3, siendo la puntuación máxima total de 30, aunque se considera que por encima o igual a 10 ya es sugerente de DPP (Anexo 2) ^{47,48}.

Un estudio llevado a cabo por Imširagić et al. (2016)⁴⁹, destacó el empleo de la EPDS como un método diagnóstico simple y efectivo para el reconocimiento temprano postparto, para así poder actuar de forma temprana sobre los posibles focos problemáticos proclives a una DPP, como pueden ser el refuerzo en la LM o el apoyo psicológico⁴⁹.

Un estudio muy reciente llevado a cabo por Macías-Cortés et al. (2020)⁴⁷ ha sido el primero en estudiar el nivel de exactitud de la EPDS como método diagnóstico. Los resultados obtenidos, revelaron una precisión moderada de la escala: *"los resultados de la EPDS son positivos en el 70% de las mujeres con DPP y negativos en el 72% de aquellas sin DPP"*. Algo que llama la atención de sus resultados, es que en este caso sugiere la necesidad una valoración suplementaria cuando los valores obtenidos sean superiores a 12, en

contraposición con los 10 que sugiere la definición reglamentaria de la escala, debido a que observaron cómo los valores son más fidedignos sobre ese puntaje. Éste ha sido el único estudio encontrado que se centra en supervisar la validez de la prueba diagnóstica, y teniendo en cuenta su amplia utilización, debería suponer una futura línea de investigación para asegurar que su empleo sea de buena exactitud y por consiguiente se pueda así ejercer con la mayor rapidez posible las labores de prevención y tratamiento⁴⁷.

Normalmente el momento de aplicación de la escala es durante las citas convencionales de revisión del RN en Atención Primaria (AP). Este ámbito es el más adecuado para llevarlo a cabo, ya que es su equipo el que se encuentra en constante contacto con la madre durante los meses de gestación y posteriores al parto, evaluando todos los aspectos importantes de estos períodos (físicos, psicológicos, sociales, preventivos, diagnósticos, situaciones de riesgo, ...). Específicamente Miranda M. et al. (2015)⁵⁰, habla de la figura de la matrona como la de referencia para detectar una posible DPP, a través de sus consultas con las madres en las que de forma cercana trata todos esos aspectos referentes al postparto, y trabajando de forma conjunta, deriva los posibles casos de riesgo al médico para comenzar lo antes posible el tratamiento si así se precisase⁵⁰.

Con lo anterior también respondemos a otro de los objetivos del trabajo: la labor de enfermería frente a la DPP. Y es que han sido muy escasas las referencias encontradas hacia este aspecto en la investigación, siendo Miranda M. et al (2015)⁵⁰ y Chrzan-Dętkoś et al. (2020)²¹ los autores que hacen referencia a la figura de enfermería frente a esta patología. Y aunque es cierto que en ocasiones se sobreentiende que la enfermera sí que está presente durante el cribado, diagnóstico y prevención, especialmente y como se acaba de mencionar en Atención Primaria, es necesaria mayor evidencia que hable de ello y que estudie como puede ser el impacto de una completa atención por parte del equipo de enfermería.

9. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

La principal limitación que se ha encontrado al realizar este estudio, han sido las escasas referencias y alusiones acerca de la labor que desempeña enfermería en el proceso preventivo frente a la DPP. De hecho, no ha sido posible encontrar estudios específicos sobre ello, desembocando en una falta de información al respecto e interfiriendo en el curso que se esperaba para la investigación.

En cuanto a las fortalezas, destacamos la elevada homogeneidad hallada en los resultados, lo cual ha favorecido que obtengamos conclusiones consistentes y veraces que pueden suponer mayores beneficios derivados de la puesta en práctica de la investigación.

10. APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Proponemos que la praxis de esta investigación se pueda llevar a cabo durante las consultas prenatales y postnatales con la enfermera o matrona de manera individualizada a cada paciente. Es decir, consideramos que el entorno más adecuado para su puesta en práctica sea AP, por el seguimiento y cercanía continua con la paciente y familia.

Esto podría derivar en una detección y actuación temprana e individualizada sobre las pacientes en riesgo, por medio de las diferentes estrategias preventivas propuestas, adaptándose así a cada caso y situación personal.

11. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Derivado de nuestro estudio, consideramos importante abordar en el futuro investigaciones enfocadas en la exactitud de la EPDS, al ser el método diagnóstico más empleado para la DPP. Por ello, se debería contar con información más consistente, aumentando así la fiabilidad de esta prueba.

En la misma tónica, sugerimos ampliar el estudio acerca del papel de la enfermera durante la prevención, detección y acompañamiento de la DPP, para

así conferirles mayores y mejores herramientas enfocadas en la disminución de su prevalencia y consecuencias.

12. CONCLUSIONES

Las medidas preventivas frente a la DPP son diversas y variadas en enfoque y conclusiones, aunque es cierto que se han conseguido llegar a unas bases, las cuales suponen el inicio del desarrollo de futuras estrategias preventivas:

- Las intervenciones con enfoque diádico madre-hijo han demostrado grandes beneficios en lo que se refiere a una mejoría en el estado de ánimo materno, más aún que aquellas que exclusivamente proponen actividades centradas en la madre.
- Medidas preventivas tempranas, con abordaje multidisciplinar y centradas en factores de riesgo demuestran gran efectividad.
- Las conclusiones sobre cuáles son los principales factores de riesgo para desarrollar DPP son bastante homogéneas: bajo nivel socioeconómico y educativo, madre soltera, núcleo familiar conflictivo, embarazo no planificado, antecedentes de problemas psiquiátricos, problemas de salud maternos o del RN durante la gestación, parto o postparto, experiencia negativa de LM o su abandono temprano, mala calidad del sueño, ronquidos durante el embarazo y aumento de peso excesivo durante el tercer trimestre de gestación.
- Los procesos hormonales están altamente relacionados con la sintomatología depresiva en el postparto.
- Los resultados han sido consistentes en el importante papel de la LM como mecanismo preventivo contra la DPP. Ésta aminora el estrés materno, favorece el vínculo madre-hijo, aumenta la confianza en sí mismas de las madres y mejora la calidad del sueño de madre y RN.
- La teoría más contemplada acerca de los beneficios de la LM, es aquella que le confiere el papel principal a la oxitocina. Su segregación se ve aumentada durante el acto de amamantar y más aún si durante las tomas madre e hijo interaccionan mediante palabras y miradas.

- Son varios los estudios que hablan de una relación bidireccional entre LM y DPP: la primera predispone a menor prevalencia de sintomatología depresiva y ésta a su vez genera menor tendencia a dar LM o a su abandono temprano.
- La información acerca de estrategias preventivas frente a la DPP por medio de agentes biológicos es escasa. La existente sugiere una posible vía futura de actuación mediante fármacos como la sertralina y complementos como el calcio y selenio.

Para el diagnóstico de la DPP, el método más extendido y aplicado es la EPDS, con una exactitud moderada.

Finalmente, el papel de la enfermera en el transcurso de la DPP está especialmente presente desde AP, figura clave en la detección temprana de situaciones de riesgo y de mujeres que ya la padezcan, al estar presente durante toda la gestación y postparto.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Araújo I de S, Aquino KS, Fagundes LKA, Santos VC. Postpartum depression: Epidemiological clinical profile of patients attended in a reference public maternity in Salvador-BA. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2019 [citado el 26 de Mayo de 2022];41(3):155–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30822806/>
2. World Health Organization. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy. Genève, Switzerland: World Health Organization; 2022.
3. La importancia del posparto [Internet]. FAME. FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2021 [citado el 26 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/2021/03/10/posparto-fame-importancia/>
4. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. Ginekol Pol [Internet]. 2021 [citado el 26 de Mayo de 2022];92(2):153–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33448014/>
5. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2013 [citado el 26 de Mayo de 2022];27(3):185–93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
6. ¿Es solo tristeza o depresión postparto? [Internet]. Palabra de enfermera. 2015 [citado el 26 de Mayo de 2022]. Disponible en:

<http://www.palabraenfermera.enfermerianavarra.com/blog/2015/04/14/es-solo-tristeza-o-depresion-postparto/>

7. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2014 [citado el 26 de Mayo de 2022];74(4):229–43. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Coryell W. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 26 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
9. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5., 5ª edición. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. [citado el 28 de Mayo de 2022].
10. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond Engl)* [Internet]. 2019 [citado el 28 de Mayo de 2022];15:1745506519844044. Diponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1745506519844044>
11. Matthey S, Barnett B, Ungerer J, Waters B. Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *J Affect Disord* [Internet]. 2000 [citado el 28 de Mayo de 2022];60(2):75–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10967366/>
12. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Asociación de depresión posnatal persistente y grave con resultados infantiles. *JAMA Psiquiatría*. 2018 [citado el 28 de Mayo de 2022]; 75 (3): 247-253.
13. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015 [citado el 28 de Mayo de 2022];18(1):41–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>
14. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Who.int. [citado el 28 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
15. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* [Internet]. 1996 [citado el 28 de Mayo de 2022];45(5):297–303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8831657/>
16. Maxted AE, Dickstein S, Miller-Loncar C, High P, Spritz B, Liu J, et al. Infant colic and maternal depression. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2005 [citado el 28 de Mayo de 2022];26(1):56–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.20035>
17. Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr* [Internet]. 2009 [citado el 28 de Mayo de 2022];98(8):1344–8. Disponible en : <https://axisformacion.es/wp-content/uploads/2020/02/Depresio%CC%81n-posparto-2009.pdf>
18. Symon BG, Marley JE, Martin AJ, Norman ER. Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: a randomised controlled trial. *Med J Aust* [Internet]. 2005 [citado el 28 de Mayo de 2022];182(5):215–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15748130/>

19. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics* [Internet]. 1986 [citado el 28 de Mayo de 2022];77(5):641–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3517799/>
20. Werner EA, Gustafsson HC, Lee S, Feng T, Jiang N, Desai P, et al. PREPP: postpartum depression prevention through the mother-infant dyad. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016 [citado el 28 de Mayo de 2022];19(2):229–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26231973/>
21. Chrzan-Dętkoś M, Pietkiewicz A, Żolnowska J, Pizuńska D. The program of psychological and breastfeeding support “Maternity step by step”: an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression. *Psychiatr Pol* [Internet]. 2020 [citado el 28 de Mayo de 2022];54(3):613–29. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33038891/>
22. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: A meta-analysis. *Ann Fam Med* [Internet]. 2016 [citado el 28 de Mayo de 2022];14(5):463–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27621164/>
23. Antonuccio DO, Danton WG, DeNelsky GY. Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Prof Psychol Res Pr* [Internet]. 1995 [citado el 28 de Mayo de 2022];26(6):574–85. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1996-14973-001.pdf>
24. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado el 28 de Mayo de 2022];74(6):595–602. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23842011/>
25. Overview | Antenatal and postnatal mental health | Quality standards | NICE. [citado el 28 de Mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>
26. Dugravier R, Tubach F, Saias T, Guedeney N, Pasquet B, Purper-Ouakil D, et al. Impact of a manualized multifocal perinatal home-visiting program using psychologists on postnatal depression: the CAPEDP randomized controlled trial. *PLoS One* [Internet]. 2013 [citado el 28 de Mayo de 2022];8(8):e72216. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0072216>
27. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Kogevinas M, et al. Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2018 [citado el 28 de Mayo de 2022];27(3):244–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28004625/>
28. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 [citado el 28 de Mayo de 2022];82(2):63–73. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000200009
29. Rubertsson C, Waldenström U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *J Reprod Infant Psychol* [Internet]. 2003 [citado el 28 de Mayo de 2022];21(2):113–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/0264683031000124073>
30. Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev* [Internet]. 2003 [citado el 28 de Mayo de 2022];73(1–2):61–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12932894/>

31. Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. *Nurs Res* [Internet]. 2001 [citado el 28 de Mayo de 2022];50(5):275–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11570712/>
32. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1996 [citado el 28 de Mayo de 2022];168(5):607–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8733800/>
33. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VWV, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study: Perinatal risk factors of postpartum depression. *BJOG* [Internet]. 2010 [citado el 28 de Mayo de 2022];117(11):1390–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20682022/>
34. Dayan F, Javadifar N, Tadayon M, Malehi AS, Komeili Sani H. The relationship between gestational weight gain and postpartum depression in normal and overweight pregnant women. *J Pregnancy* [Internet]. 2018 [citado el 28 de Mayo de 2022];2018:1–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30420921/>
35. Islam MJ, Broidy L, Baird K, Rahman M, Zobair KM. Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: Assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado el 28 de Mayo de 2022];16(5):e0251419. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33999929/>
36. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2012 [citado el 28 de Mayo de 2022];12(1):36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-36>
37. Wouk K, Gottfredson NC, Tucker C, Pence BW, Meltzer-Brody S, Zvara B, et al. Positive emotions during infant feeding and postpartum mental health. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2019 [citado el 28 de Mayo de 2022];28(2):194–202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30307779/>
38. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2013 [citado el 28 de Mayo de 2022];16(5):411–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0348-9>
39. Shimao M, Matsumura K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Hamazaki K, Inadera H, et al. Influence of infants' feeding patterns and duration on mothers' postpartum depression: A nationwide birth cohort -The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado el 28 de Mayo de 2022];285:152–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33667755/>
40. Kim S, Fonagy P, Koos O, Dorsett K, Strathearn L. Maternal oxytocin response predicts mother-to-infant gaze. *Brain Res* [Internet]. 2014;1580:133–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006899313014601>
41. Kosfeld M, Heinrichs M, Zak PJ, Fischbacher U, Fehr E. Oxytocin increases trust in humans. *Nature* [Internet]. 2005 [citado el 28 de Mayo de 2022];435(7042):673–6. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nature03701>
42. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-Brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Meath (Larchmt)* [Internet]. 2013;22(4):352–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2012.3768>

43. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. 2009 [citado el 28 de Mayo de 2022]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;jsessionid=DF43E195238358B19F95E9E3674D37E1?sequence=1
44. P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1992[citado el 28 de Mayo de 2022];160:777–780. [PubMed] [Google Scholar].
45. Nishioka E, Haruna M, Ota E, Matsuzaki M, Murayama R, Yoshimura K, Murashima S. A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1–5 months after delivery. *J Affect Disord*. 2011[citado el 28 de Mayo de 2022];133(3):553–559. [PubMed] [Google Scholar]
46. Labbok M. Efectos de la lactancia materna en la madre. *Pediatr Clin N Am*. 2001; 48 :143–158. [PubMed] [Google Académico]
47. Macías-Cortés E del C, Lima-Gómez V, Asbun-Bojalil J. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gac Med Mex* [Internet]. 2020;156(3). Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/files/es/gmm_20_156_3_202-208.pdf
48. [Www.nj.gov](https://www.nj.gov). [citado el 28 de Mayo de 2022]. Disponible en: https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
49. Imširagić AS, Begić D, Sarajlić I, Palavra IR, Orban M. Predictors of exclusive breastfeeding 6-9 weeks after delivery: A prospective cohort study. *Public mental health perspective. Psychiatr Danub* [Internet]. 2016 [citado el 28 de Mayo de 2022];28(4):395–403. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27855431/>
50. [Filesusr.com](https://filesusr.com). [citado el 28 de Mayo de 2022]. Disponible en: https://fb39c223-56a9-4ed3-91f4-073579bde094.filesusr.com/ugd/fa6be1_8437b84bff084411b7056cef965e6a02.pdf

14. ANEXOS

Anexo 1. Estudios revisados. Elaboración propia.

TÍTULO, AUTOR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA	ASPECTOS A EVALUAR	MÉTODO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
"Preventing postpartum depression: Review and recommendations". Werner <i>et al.</i> (2015) ¹³ .	Estudio de revisión cualitativa de la literatura. Búsqueda de ECA referentes a intervenciones preventivas de la DPP.	Diferentes estudios sobre los métodos de prevención de la DPP con algún componente terapéutico.	Características obligatorias en los estudios: <ul style="list-style-type: none"> • ECA. • En inglés. • Intervenciones biológicas, psicológicas o psicosociales. • Métodos de prevención de la DPP. • Con componente terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 estudios de intervenciones biológicas. • 37 estudios de intervenciones psicológicas.
"PREPP: Postpartum Depression Prevention through the Mother-Infant Dyad". Elizabeth A. <i>et al.</i> (2016) ²⁰ .	Ensayo de control aleatorizado. Muestra de 54 díadas: madres e hijos. Probando si PREPP en comparación con un grupo de tratamiento habitual mejorado (ETAU).	Si PREPP en comparación ETAU: <ul style="list-style-type: none"> • Reduce los síntomas de depresión y ansiedad durante el periodo postnatal temprano. • Disminuye el comportamiento de llanto y alboroto del bebé. • Tiene altas tasas de cumplimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Índice predictivo de DPP a las 28-28 semanas de gestación (SG) mediante un cuestionario de 17 ítems sobre factores que predisponen a sufrir DPP. • Escalas de clasificación de depresión de Hamilton (HRSD) y de ansiedad (HAM-A) para medir los síntomas de depresión y ansiedad maternos. • Cuestionario de salud del paciente: evalúa los criterios diagnósticos de depresión del DSM-IV. • Diario del día del bebé: datos sobre el malestar y llanto de los recién nacidos 	<p>54 participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación previa a la aleatorización: "depresión moderada" en HRSD, "ansiedad leve" en HAM-A y "depresión leve" en PHQ-9. • Sesión postparto de 6 semanas con HRSD: <ul style="list-style-type: none"> ○ PREPP: "depresión leve". ○ ETAU: "depresión moderada". • 10 semanas postparto con PHQ: <ul style="list-style-type: none"> ○ PREPP: "depresión leve". ○ ETAU: "depresión moderada". • 16 semanas postparto con PHQ: <ul style="list-style-type: none"> ○ PREPP: "nivel mínimo de

			(RN).	depresión". ○ ETAU: rango "leve".
"The program of psychological and breastfeeding support "Maternity step by step": an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression". Chrzan-Dętkos, <i>et al.</i> (2020) ²¹ .	Proyecto de Ensayo de Control basado en revisión de la literatura. Tres grupos de mujeres: 36 madres que participaban en consultas psicológicas y terapia a corto plazo, 123 mujeres del grupo de apoyo a la LM y 104 del grupo control.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoría en la sintomatología de los TM y reducción del estrés parental. • Incremento del % de mujeres que amamantan los primeros 6 meses de vida del niño y mejorar los indicadores de SM. 	Evaluación mediante: <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta desarrollada por los autores. • Cuestionario de salud general (CHQ-28). • Cuestionario Parenting Stress Index Short Form (PSI-SF). 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo intervención psicológica: disminución síntomas TM y disminución significativa del estrés parental. • Grupo intervención lactancia: disminución síntomas TM.
"Pregnancy, perinatal and postpartum complications as determinants of postpartum depression: the Rhea mother-child cohort in Crete, Greece". Koutra <i>et al.</i> (2016) ²⁷ .	Cohorte prospectiva. Muestra examinada de 1037 mujeres embarazadas y sus hijos en Heraklion, Grecia.	Investigar diversas complicaciones sucedidas durante el embarazo, parto y postparto temprano como determinantes de la DPP a las 8 semanas postparto.	<ul style="list-style-type: none"> • Información clínica. • Aplicación de cuestionarios. • EPDS a las 8 semanas postparto para evaluar los síntomas depresivos. 	HT gestacional y/o preeclampsia, privación del sueño y ronquidos durante el embarazo, experiencias negativas tempranas e interrupción de LM se asociaron con DPP a las 8 semanas postparto.
"Postpartum Depression: Epidemiological Clinical Profile of Patients Attended In a Reference Public Maternity in Salvador-BA". Araujo <i>et al.</i> (2019) ¹ .	Investigación transversal. Recolección de datos epidemiológicos de 151 púérperas.	Evaluación del estado clínico epidemiológico de mujeres con sospecha de DPP.	<ul style="list-style-type: none"> • EPDS: a todas las mujeres del estudio. • Cuestionario para evaluación clínica, social y epidemiológica : a las mujeres con valores positivos en EPDS 	<ul style="list-style-type: none"> • 19,8% sospecha de DPP. • Mayor prevalencia en mujeres con determinados factores de riesgo. • Alta prevalencia de DPP.
"Impact of a Manualized Multifocal Perinatal Home-Visiting Program Using Psychologists on Postnatal Depression: The CAPEDP	Ensayo prospectivo, aleatorizado. Efectividad de un programa de visitas domiciliarias en	Evaluación de sintomatología de DPP en las mujeres sometidas a una intervención de visitas	Evaluación mediante EPDS: en el momento de inclusión, antes del 3er trimestre	La intervención funcionó referente a la prevención primaria y en

Randomized Controlled Trial". Duvgravier <i>et al.</i> (2013) ²⁶ .	comparación con un grupo control:440 mujeres con FR.	domiciliarias respecto a un grupo control.	de embarazo y 3 meses postparto.	subgrupos de madres sin FR.
"Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: Assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support". <i>Islam et al.</i> (2021) ³⁵ .	Estudio transversal. 426 nuevas madres sometidas a una encuesta transversal.	Comparación del riesgo de DPP en madres que interrumpieron LM antes de los 6 meses postparto y si el estrés materno y apoyo social moderan el vínculo entre LM y DPP.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas depresivos postparto: EPDS. • LM: pregunta directas a la madre. • Estrés materno: escala de estrés percibido (PSS). • Apoyo social: escala de 10 ítems. 	Mayor posibilidad de DPP en madres que tuvieron interrupción temprana de LM junto con mayor estrés y menor apoyo social.
"The Relationship between Gestational Weight Gain and Postpartum Depression in Normal and Overweight Pregnant Women". <i>Dayan et al.</i> (2018) ³⁴ .	Estudio de cohorte prospectivo. 174 embarazadas sanas con IMC entre 18,5-30 y sin síntomas depresivos, EG de 10-14 semanas y sin síntomas depresivos en el 1er trimestre.	Relación regresiva entre el aumento de peso al final del 2º y 3er trimestre de embarazo y la detección de DPP a las 6-8 semanas postparto.	<ul style="list-style-type: none"> • Pesaje, cálculo del IMC y patrón de ganancia de peso gestacional ("inadecuado, adecuado o excesivo"). • Síntomas depresivos postnatales: EPDS a los 45-60 días postparto. 	Se asoció la ganancia de peso en el 3er trimestre con la DPP.
"Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding" <i>Stuebe et al.</i> (2013) ⁴² .	Estudio de cohorte longitudinal. 47 gestantes con intención de amamantar en seguimiento durante 8 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de depresión y ansiedad. • Sintomatología anímica. • Respuestas afectivas y neuroendocrinas a la LM a las 2 y 8 semanas postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas clínicas. • EPDS. • Escalas de ansiedad (STAI-State y STAI-Trait). 	La sintomatología depresiva y ansiosa tuvieron relación inversa con los niveles de oxitocina maternos derivados de la LM y con el mayor nivel de afecto durante las tomas.
"Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a	Estudio de cohorte longitudinal. 47.659 embarazadas:	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre el cese de la LM y el aumento de los síntomas ansiosos y depresivos. • Relación entre un aumento excesivo de 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios sobre salud física y mental, estado nutricional y demográfico. • Síntomas de ansiedad y depresión maternos: lista 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de LM > riesgo de ansiedad y depresión. • Ansiedad y depresión

<p>longitudinal cohort study".</p> <p>Ystrom (2012)³⁶.</p>	<p>evaluación a las 17 y 30 semanas de gestación (SG) y a los 6 meses postparto.</p>	<p>síntomas ansiosos y depresivos en mujeres que ya los presentaban en el embarazo.</p>	<p>de verificación de síntomas de Hopkins (SCL-8).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información sobre LM, alimentación con fórmula y alimentos sólidos. 	<p>durante el embarazo > riesgo de cese temprano de amamantación .</p>
<p>"Influence of infants' feeding patterns and duration on mothers' postpartum depression: A nationwide birth cohort —The Japan Environment and Children's Study (JECS)".</p> <p>Shimao <i>et al.</i> (2021)³⁹.</p>	<p>Estudio de cohortes.</p> <p>Análisis de los datos de 71.448 madres que participaron en el estudio JECS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre la continuación de la LME y DPP. • Cambios surgidos en el paso de la alimentación de fórmula. • Influencia de los patrones de alimentación y las actividades de las madres durante la alimentación en la DPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones de alimentación: cuestionario administrado 6m postparto. • Actividades maternas durante la alimentación: preguntas 1m postparto. • Síntomas depresivos postparto: EPDS. 	<ul style="list-style-type: none"> • LME 6m postparto < riesgo de DPP. • Interacción madre-hijo durante la alimentación < riesgo de DPP. • LME 6m postparto + interacción durante la alimentación <<< riesgo DPP.
<p>"Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?".</p> <p>Hanh-Holbrook <i>et al.</i> (2013)³⁸.</p>	<p>Estudio longitudinal.</p> <p>205 mujeres con datos sobre sintomatología depresiva y alimentación infantil durante el embarazo y postparto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • LM temprana y < síntomas depresivos maternos. • Síntomas depresivos y lactancia. • Posibles variables que asocien LM DPP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas depresivos prenatales: CES-D. • Síntomas depresivos postnatales: EPDS. • LM: preguntas a las madres + cálculo de la puntuación total de duración de LM 	<ul style="list-style-type: none"> • LM temprana < síntomas depresivos. • Síntomas depresivos tempranos < LM.
<p>"Positive Emotions During Infant Feeding and Postpartum Mental Health".</p> <p>Wouk <i>et al.</i> (2019)³⁷.</p>	<p>Estudio de cohorte longitudinal.</p> <p>164 embarazadas con seguimiento desde el 3er trimestre hasta 12m postparto.</p>	<p>Influencia de las emociones positivas durante la alimentación infantil en la ansiedad y depresión a lo largo del 1er año postparto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones positivas en la alimentación infantil: mDES. • Síntomas ansiosos y depresivos postparto: BDI-II y STAI-S. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones positivas durante la alimentación infantil > salud mental materna postparto. • Madres con ansiedad prenatal mejoran con la LM. Sin embargo no ocurre con las madres con depresión prenatal.

<p>"Predictors of Exclusive Breastfeeding 6-9 Weeks After Delivery: a Prospective Cohort Study. Public Mental Health Perspective".</p> <p><i>Imširagić et al. (2016)</i>⁴⁹.</p>	<p>Estudio de cohorte prospectivo.</p> <p>372 mujeres que parieron en el H^o Universitario de Croacia entre enero y febrero de 2012.</p>	<p>Estudiar si la depresión y otras afecciones psiquiátricas presentes en el parto se asocian con la LME a las 6-9 semanas postparto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • EPDS. • Estado de la LME a las 6-9 semanas postparto. • Cuestionario "The Big Five Inventory (BFI)". • "The Impact of Events Scale (IES)". 	<p>La multiparidad y niveles bajos de síntomas depresivos > LME 6-9 semanas postparto.</p>
<p>"Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas".</p> <p><i>Macias-Cortés et al. (2020)</i>⁴⁷.</p>	<p>Estudio de cribado.</p> <p>Valoración de 441 mujeres con la EPDS durante el postparto.</p>	<p>Establecer la exactitud de la EPDS como método diagnóstico frente a la DPP, el resultado de la aplicación de la escala y la probabilidad de padecer DPP tras la prueba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluaron los datos obtenidos de la EPDS. • Se utilizó como referencia el Inventario de Depresión de Beck. 	<p>Exactitud moderada de la EPDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilidad: 70,4%. • Especificidad: 72,2%. • Valor predictivo positivo: 36,9%. • Valor predictivo negativo: 91,4%
<p>"Depresión postparto. Postpartum depression".</p> <p><i>Miranda M. et al. (2015)</i>⁵⁰.</p>	<p>Artículo de revista académica.</p>			

Anexo 2. Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Obtenido por la British Journal of Psychiatry en Junio de 1987.

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo [EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la "Melancolía de la Maternidad" ["Blues" en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgo. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

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

Pautas para la evaluación:

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

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

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

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

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

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