



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

**DEPRESIÓN POSPARTO Y
LA INFLUENCIA DEL APOYO
SOCIAL**

Claudia San Juan Vilahur

Tutor: Jonathan Rojo Ruiz

Cotutora: Belén Calvo Rodríguez

RESUMEN

La depresión posparto se trata de una patología mental que afecta a algunas mujeres durante el puerperio, sus principales características predictoras son estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés o placer en las actividades y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio entre otros. La principal herramienta de diagnóstico utilizada es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, aunque se disponen de otros métodos de diagnóstico, siempre combinados con la entrevista clínica por parte de un profesional entrenado. Existen múltiples factores desencadenantes, entre los que se puede encontrar la falta de apoyo social a la puérpera.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet, Scopus y Scielo, recopilando los artículos de los últimos 5 años, realizados en humanos, que se encontrasen en inglés o español que dispusieran del texto completo y que relacionasen la depresión posparto con el apoyo social. El nivel de apoyo social se puede medir con diferentes escalas, mediante las que se ha obtenido como principal resultado que el apoyo social media como factor protector frente a la enfermedad.

Se han de encaminar los esfuerzos a realizar una mayor prevención, así como un correcto seguimiento de la patología desde el área de enfermería.

Palabras clave: Depresión Posparto, Apoyo social, Enfermería, Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

ABSTRACT

Postpartum depression is a mental pathology that affects some women during the puerperium, its main predictive characteristics are depressed mood most of the day, decreased interest or pleasure in activities and recurrent thoughts of death or suicide among others. The main diagnostic tool used is the Edinburgh Postpartum Depression Scale, although other diagnostic methods are available, always combined with a clinical interview by a trained professional. There are multiple triggering factors, among which can be found the lack of social support for the postpartum woman.

A bibliographic search was carried out in the databases PubMed, Dialnet, Scopus and Scielo, compiling articles from the last 5 years, carried out in humans, in English or Spanish, which had the full text, and which related postpartum depression with social support.

The level of social support can be measured with different scales, which have shown that social support mediates as a protective factor against the disease.

Efforts should be directed towards greater prevention, as well as a correct follow-up of the pathology from the nursing area.

Key words: Postpartum Depression, Social Support, Nursing, Edinburgh Postpartum Depression Scale.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
Concepto de período posparto. Definición y características	1
Diagnóstico de DPP	4
Apoyo social	4
Tratamiento	5
Justificación.....	6
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	8
RESULTADOS.....	11
Detección y atención temprana	11
DPP y la influencia del apoyo social.....	15
DISCUSIÓN.....	19
ANÁLISIS DAFO.....	25
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	29
ANEXO I: Edinburg Postnatal Depression Scale.....	29
ANEXO II: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	30
ANEXO III: Atención a la mujer en el puerperio.....	31
ANEXO IV: Características de los artículos incluidos en la revisión.....	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia mundial de la DPP.	3
Figura 2: Prevalencia de Depresión Posparto según el continente.	3
Figura 3: Esquema Pico.....	8
Figura 4: Diagrama de flujo.....	10

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipos de psicoterapias en el tratamiento de la DPP.....	6
Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.	9
Tabla 3: Análisis DAFO.....	25

GLOSARIO

AP: Atención Primaria

BDI: Inventario de Depresión de Beck

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

DPP: Depresión Pos Parto

DSM – 5: Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition (Manual Diagnóstico y Estadístico, 5^a edición)

EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale (Escala de Depresión Posparto de Edimburgo)

HRSD: Escala Heteroaplicada de Hamilton para la Depresión

LM: Lactancia Materna

MeSH: Medical Subject Headings

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido)

PHQ-9: Brief Patient Health Questionare

PP: Pos Parto

REP: Relación Enfermera Paciente

Sacyl: Sanidad de Castilla y León

TEPT: Trastorno de Estrés Post Traumático

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

Concepto de período posparto. Definición y características

El Pos Parto (PP), también conocido como puerperio, se define como el período que abarca desde el alumbramiento, dos horas después de la expulsión de la placenta, hasta 45 días a 6 meses después del parto o hasta la aparición de la primera regla⁽¹⁾.

El puerperio comprende diferentes etapas⁽²⁾:

- Puerperio inmediato: las primeras 24 horas posparto.
- Puerperio temprano: incluye la primera semana posparto.
- Puerperio tardío: abarca el tiempo necesario para la involución completa de los órganos genitales y el retorno de la mujer a su condición pregestacional.

Hay otras clasificaciones, que se enfocan en los 6 meses posteriores⁽³⁾:

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto.
- Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.
- Puerperio alejado: concluye en torno a los 40-45 días de posparto.
- Puerperio tardío: puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.

Existen modificaciones fisiológicas o involutivas en la puérpera, que inician cuando el cuerpo de la mujer regresa paulatinamente al estado previo del embarazo. Son grandes cambios a los que se debe enfrentar la puérpera, por lo que la evaluación completa y de calidad en base a los cambios que se vayan presentando en este periodo es clave para la atención humanizada e individualizada a la paciente posparto⁽⁴⁾.

Algunos de los cambios que acontecen en el cuerpo de la puérpera son^(2,3):

- Contracciones uterinas para la involución del útero hasta su estado previo al embarazo.
- Expulsión de "loquios", secreción líquida de olor y consistencia variable.
- La vagina, al margen de haber sufrido episiotomía o desgarró, se encuentra edematizada.
- Las mamas se preparan para el proceso de lactancia.
- Pérdida de sangre, el volumen sanguíneo desciende de manera gradual, acompañado por el aumento del gasto cardíaco, el cual también irá descendiendo.
- Disminución de movimientos intestinales, que dificultan la evacuación.
- Aumento en la eliminación del agua corporal, mediante el sudor y la orina.
- Cambios en la piel, desaparece la pigmentación adquirida durante el embarazo. Asimismo, la piel del abdomen queda flácida, recuperando el tono previo en las semanas posteriores.

Todos estos cambios son llevados a cabo gracias al sistema hormonal femenino, que produce un descenso en la producción de estrógenos y progesterona, y un aumento de la oxitocina y la prolactina⁽⁵⁾.

Por todo lo expuesto previamente, el periodo PP se trata de un momento de mayor riesgo para el desarrollo de trastornos graves del estado de ánimo⁽⁶⁾, pues todos estos cambios físicos, pueden dar como consecuencia, cambios anímicos que afecten de manera negativa a la puérpera.

Concepto de depresión posparto. Definición y características. Prevalencia.

La depresión posparto (DPP) se considera un cuadro de depresión mayor, definido por el Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition (DSM-5) como un episodio que puede comenzar a partir del tercer trimestre de embarazo hasta incluso cuatro semanas posparto, de mínimo dos semanas de duración y que incluye cinco o más de los siguientes síntomas⁽⁷⁾:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día (anhedonia).
- Aumento o pérdida significativa (>5%) de peso.
- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para ello.

Tanto la DPP como la prenatal se encuentran entre los contribuyentes más importantes a la morbilidad y mortalidad materna⁽⁸⁾.

La prevalencia de la DPP varía en función de múltiples factores, entre los que podemos encontrar:

- País de procedencia.
- Nivel socioeconómico.
- Apoyo del entorno.
- Ingreso del neonato en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Multiparidad.

En los países occidentales, la prevalencia de DPP varía del 10 al 15% durante el primer año después del nacimiento. Según una revisión sistemática de 47 estudios de 18 países de ingresos bajos y medios-bajos, la prevalencia es del 18,6%⁽⁹⁾.

Sin embargo en EE. UU., las mujeres negras y latinas tienen una mayor prevalencia de DPP de entre 35% a 67%, en comparación con el 10 a 15% en la población general⁽¹⁰⁾.

Sucede de igual manera en Asia, con valores que oscilan entre el 3,5% y el 63,3%. Podemos observarlo en la siguiente *figura*, la cual muestra la prevalencia de DPP a nivel mundial⁽⁹⁾.

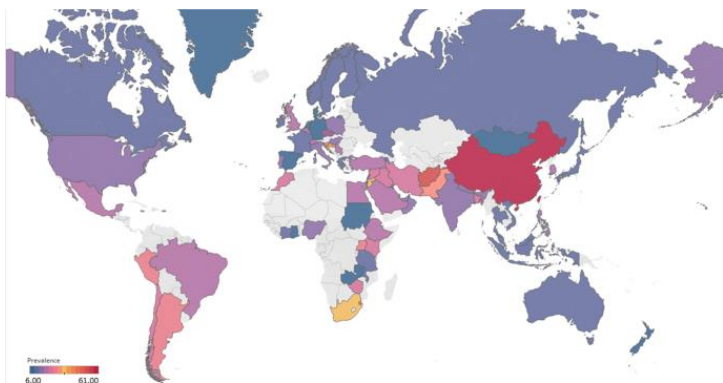


Figura 1: Prevalencia mundial de la DPP.

En Europa existen pequeñas variaciones en los valores, encontrándose las siguientes prevalencias⁽⁹⁾:

- Europa del Este → 16,62%
- Europa del Norte → 13,78%
- Europa del Sur → 16,34%
- Europa occidental → 12,91%

Encontramos a España entre los países con una menor prevalencia a nivel mundial de DPP, con un 9,09%, como se puede observar en la *figura 1*.

A continuación, se muestra la prevalencia de DPP en función del área geográfica. Queda de manifiesto que, en las regiones con menos recursos o subdesarrolladas, la incidencia es mayor⁽⁹⁾:

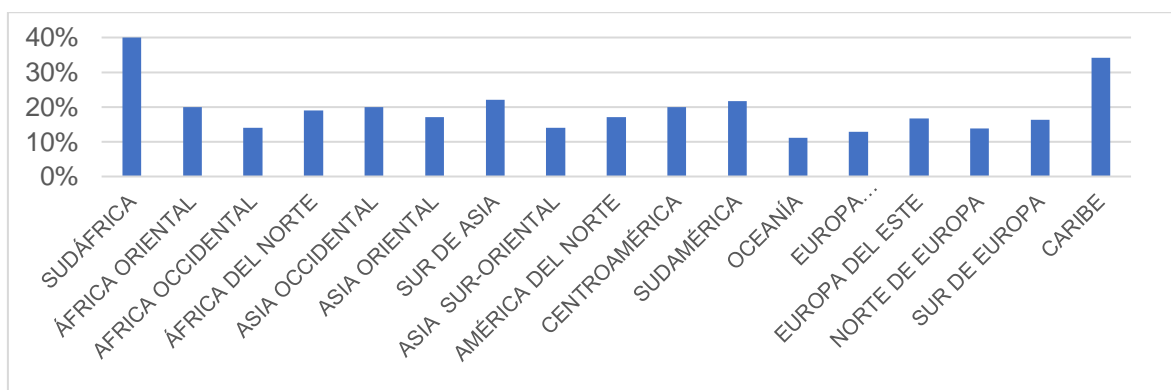


Figura 2: Prevalencia de Depresión Posparto según el continente. (Modificado a partir de los datos obtenidos del estudio de Wang., et al 2021)

Diagnóstico de DPP

En la actualidad, se dispone como herramienta para la valoración de la DPP de una escala llamada “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS)⁽¹¹⁾.

La EPDS se desarrolló en los centros de salud de Livingston y Edimburgo. Consta de 10 declaraciones breves. La puérpera subraya cuál de las cuatro posibles respuestas se acerca más a cómo ha sido su experiencia durante la última semana. Se responde con una escala tipo Likert de 0-3 según la gravedad de los síntomas (en los ítems 3, 5 y 10, de manera contraria 3-0). Las preguntas de la EPDS se muestran en el Anexo I⁽¹²⁾.

Una puntuación superior a 13 en la escala, sería indicativa de la necesidad de derivación a atención especializada^(11,12). No obstante, es importante destacar, que esta escala es una herramienta y no debe sustituir el juicio clínico del profesional.

Existen otras escalas de medición de la depresión como puede ser la Escala Heteroaplicada de Hamilton para la Depresión (HRSD), el Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) o las preguntas de Whooley⁽¹⁸⁾, aunque estos no se utilizan de manera habitual para la medición de la DPP.

Es de vital importancia una detección temprana de la DPP, para una mejor y eficaz intervención, es por ello que se propone la utilización de la escala EPDS de manera rutinaria a todas las puérperas en la visita puerperal⁽¹¹⁾. Así como la realización de un seguimiento de la puérpera, no únicamente a nivel fisiológico, sino también a nivel psicológico, para poder evaluar la progresión en el tiempo de su estado anímico.

Apoyo social

Múltiples estudios, evalúan el impacto positivo que tiene el apoyo del entorno, con respecto a la DPP, evidenciando que el apoyo social actúa como factor protector frente a la DPP⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

El apoyo social hace referencia al conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros y está constituido por tres dimensiones⁽¹⁷⁾:

- a) Apoyo instrumental, referido al soporte material o de servicios.
- b) Apoyo cognitivo, relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento frente a diversas demandas del entorno.

- c) Apoyo emocional, entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos, reconocimiento y escucha, estimulando la autoestima y el desempeño de las personas.

Para conocer el grado de apoyo social percibido se utiliza la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Se trata de un instrumento de aplicación breve y simple de responder, validado a nivel nacional para su uso en adultos⁽¹⁷⁾. Está conformada por 12 ítems que evalúan la percepción de apoyo social. Estos se agrupan en 3 factores; el primero mide apoyo social de pares (ítems 6, 7, 9 y 12), el segundo apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11) y el tercero la percepción de apoyo de la pareja u otras figuras significativas (ítems 1, 2, 5 y 10). El formato de respuesta es de tipo Likert, de cuatro puntos (siendo 1 = casi siempre y 4 = siempre). A mayor puntuación obtenida, se estima mayor percepción de apoyo social⁽¹⁸⁾. En una visión general, la escala estaría conformada como se muestra en el Anexo II.

Se dispone también del Cuestionario MOS de Apoyo Social, instrumento el cual se considera válido para tener una visión general del apoyo social. Se pueden medir diferentes aspectos, como son: apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo y el índice global de apoyo social⁽¹⁹⁾.

Tratamiento

Aunque actualmente se ha avanzado en el conocimiento de la DPP, todavía no se conocen con exactitud los mecanismos específicos que contribuyen al desarrollo de esta, dificultando el conocimiento de nuevas dinámicas terapéuticas y, por tanto, el desarrollo de tratamientos más adaptados para este trastorno.

En ocasiones, la depresión se supera tras la resolución del proceso que ha ocasionado su llegada; como ejemplo: el ingreso del neonato en la UCI (proceso desencadenante) y su posterior alta del servicio médico (mejoría anímica), pero no es la realidad de todos los casos.

A pesar de que se están estudiando nuevas vías de acción mediante la utilización de hormonas, son escasos los estudios implementados para evaluar el impacto del tratamiento farmacológico hormonal en la depresión posparto, debido al temor de la puérpera de la exposición del neonato al fármaco. En la actualidad

no existe ningún tratamiento farmacológico desarrollado y comercializado en Europa⁽⁷⁾.

El apoyo y consejería en lactancia materna (LM) debe ser una parte fundamental en el tratamiento de la DPP, pero teniendo en cuenta el riesgo de que el neonato reciba el medicamento a través de la LM, el médico deberá evaluar las características fisicoquímicas del medicamento y las características del paciente para determinar la idoneidad de la LM y la medicación⁽²⁰⁾.

En la depresión leve a moderada se puede abordar, generalmente, mediante la psicoterapia. Dentro de la psicoterapia podemos encontrar las mostradas en la siguiente *tabla* ⁽²¹⁾:

Tabla 1: Tipos de psicoterapias en el tratamiento de la DPP.

TIPO DE TERAPIA	DEFINICIÓN
Terapia cognitivo-conductual	Se utiliza como método de intervención a las madres en terapia la activación del comportamiento; con el objetivo de contrarrestar comportamientos de inercia y de evitación; para así promover actividades y comportamientos que sean gratificantes.
Psicoterapia interpersonal	Este tipo de terapia se centra en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que están directamente relacionadas con el episodio depresivo actual.
Asesoramiento no directivo	Tiene como objetivo ayudar a las pacientes a comprender y aceptar sus sentimientos, valores y comportamientos.
Psicoterapia psicodinámica	Pretende mejorar la comprensión de los conflictos repetitivos mediante la identificación de patrones de relaciones, sentimientos y comportamientos. El paciente trabaja para desarrollar estilos de afrontamiento más productivos.

Aunque de forma genérica la psicoterapia se ha utilizado de manera individual, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal, se han adaptado con éxito al formato grupal⁽²¹⁾.

Justificación

La enfermería, desde la posición ideal de la que dispone, que le da un contacto más frecuente con la puérpera, se encuentra en una posición privilegiada para detectar posibles casos de DPP.

Además, siendo los profesionales sanitarios que se encuentran desde el primer momento con la puérpera, asistiéndola y atendiéndola, son capaces de analizar su evolución y detectar posibles signos de alerta.

Es por esto por lo que en esta revisión se quiere resaltar la importancia de la atención a la puérpera en la nueva etapa que comienza.

El apoyo que se puede brindar desde la posición de la enfermera resulta fundamental para el alivio de los síntomas de la DPP, así como para la normalización de la patología.

La DPP se trata de una enfermedad mental con una prevalencia de en torno al 9% en España (lo que significaría que aproximadamente 1 de cada 10 mujeres la sufren), de la cual no se habla⁽⁹⁾.

Por lo general se entiende el embarazo como un momento por el cual toda mujer desea pasar y que tras el parto la mujer ha de encontrarse en su mejor etapa; pero no siempre es así. Actualmente existe un elevado estigma social sobre la patología, el cual aísla aún más a la mujer.

En Castilla y León, se dispone de un plan de actuación en el PP, el cual podemos observar en el Anexo III, así como las vías de acción ante una posible DPP. En el centro de Salud, la matrona, realiza una valoración global de la puérpera 48-72h tras el alta hospitalaria, incluyendo en esta la realización de la EPDS, la siguiente revisión, se realizaría pasados 40 días⁽²²⁾.

OBJETIVOS

El objetivo principal de esta revisión es estudiar la asociación de la DPP con el apoyo del entorno (familiar, afectivo y sanitario) y poner de manifiesto el papel de la enfermería en la detección temprana y tratamiento.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Visibilizar la incidencia de la depresión posparto.
- Dar a conocer la importancia del apoyo durante el posparto como método preventivo de la DPP.
- Actualizar el papel de la enfermera en la prevención, el tratamiento y el seguimiento de la DPP.

METODOLOGÍA

Este estudio se ha llevado a cabo mediante una revisión sistemática en las bases de datos científicas: PubMed, Dialnet, Scopus y Scielo; de manera que se diera respuesta a nuestra pregunta de investigación.

Para formular nuestra interrogante, se ha seguido el esquema PICO, quedando de la siguiente manera (*figura 3*):

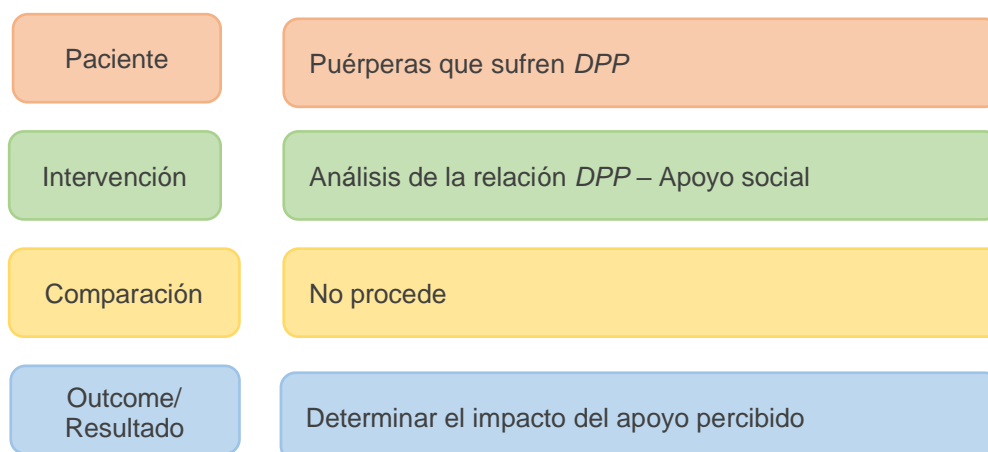


Figura 3: Esquema Pico.

Quedándonos con la siguiente pregunta:

“¿Qué relación existe entre el apoyo social y la depresión posparto?”

La búsqueda se realizó el 29 de diciembre de 2022, utilizando las bases anteriormente nombradas, ya que están especializadas en Ciencias de la Salud.

Los descriptores o palabras clave utilizadas, fueron obtenidas del tesoro del MeSH (Medical Subject Headings) y del tesoro del DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud):

- Depression (Depresión)
- Postpartum (Posparto)
- Social support (Apoyo social)

Para la búsqueda, se combinaron los descriptores previamente citados, con el operador Booleano “AND”, quedando los algoritmos de la siguiente manera:

- **(Depression (MeSH Term)) AND (Postpartum (MeSH Term))**
- **(Depression (MeSH Term)) AND Postpartum (MeSH Term)) AND (Social Support (MeSH Term))**

Se utilizaron como filtros de búsqueda, artículos que se encontrasen entre los 5 años previos, que se realizasen en mujeres, que estuvieran en inglés o español, y que el texto completo estuviese disponible.

Para conseguir una búsqueda más eficaz, se siguieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión (*Tabla 2*):

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión
Artículos publicados en los 5 últimos años
Artículos en inglés o español
Artículos únicamente en humanos
Texto completo disponible

Criterios de exclusión
Artículos enfocados en la LM
Artículos que relacionasen DPP y Covid 19
Artículos que no utilizasen escalas de detección de DPP

Unificando los artículos encontrados en las diferentes bases, en una primera búsqueda se encontraron un total de 30.637 artículos, de los cuales se excluyeron 26.777 tras la aplicación de los filtros de búsqueda correspondientes. Quedaron así un total de 3.862 artículos, para la posterior elección en función del título.

En una primera lectura de títulos, quedaron incluidos 57 artículos; habiéndose excluido aquellos que se centrasen en la LM o el Covid-19.

Se continuó con la lectura de los resúmenes de estos artículos, excluyendo aquellos que objetivasen la DPP desde un punto de vista médico, mediante marcadores biológicos o aquellos que no utilizasen escalas válidas para la detección de la DPP. Quedaron excluidos también aquellos artículos duplicados. Eliminándose de esta manera 26 artículos. Quedaron incluidos entonces un total de 31 artículos.

Finalmente, los artículos seleccionados pasaron el filtro CASPe de lectura crítica, mediante el que se eliminaron 8 artículos.

Para la revisión nos quedaron un total de 23 artículos, los cuales nos serán de ayuda para visibilizar la DPP y la correlación con el apoyo del entorno.

Se muestra un diagrama de flujo que permite de manera visual resumir la estrategia de búsqueda (*figura 4*):

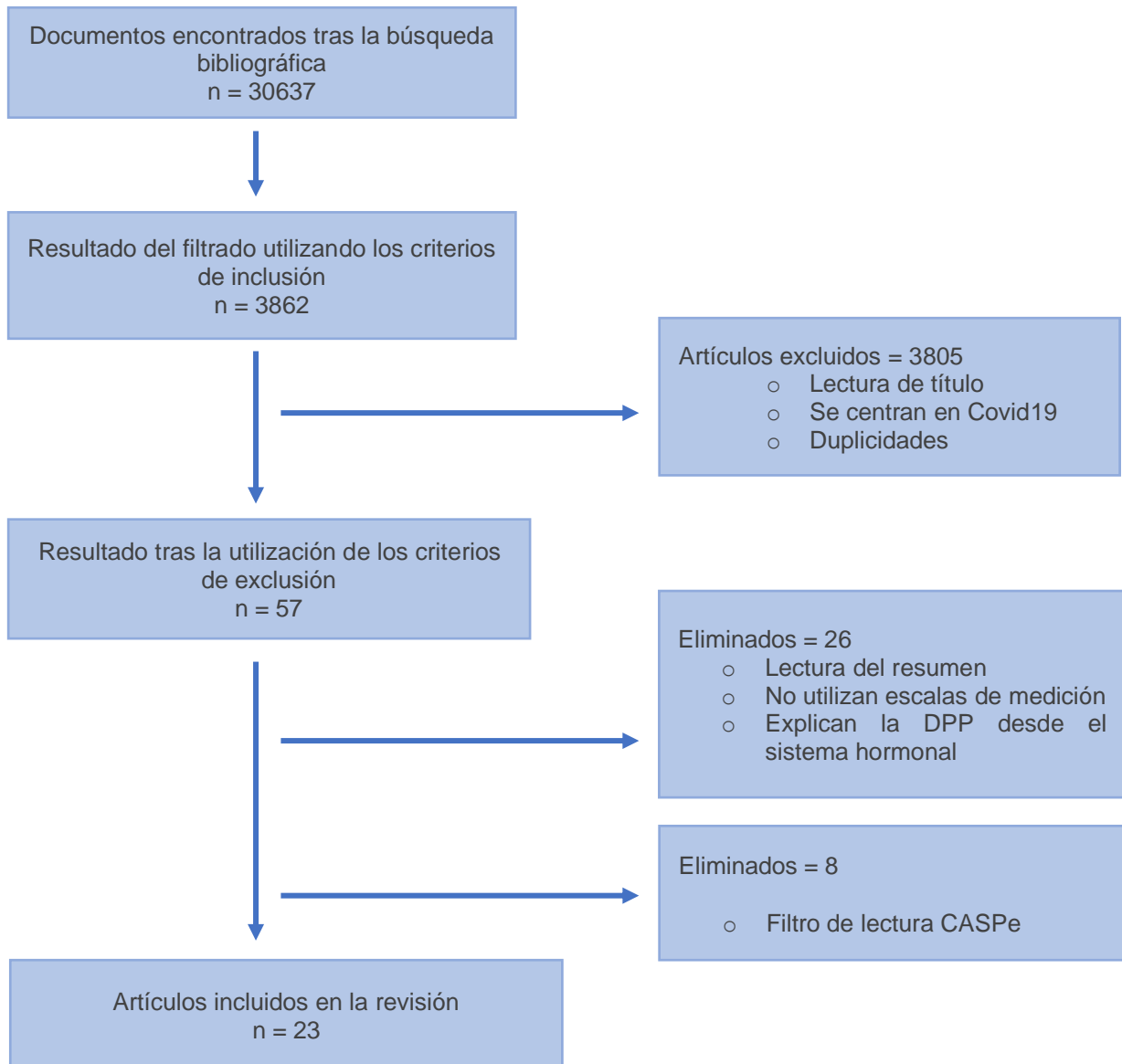


Figura 4: Diagrama de flujo.

RESULTADOS

A continuación, se muestran de manera detallada los resultados obtenidos, tras la búsqueda en las diferentes bases de datos. Al comienzo de esta revisión se fueron recogiendo las características de cada artículo seleccionado: título, autores, fecha de publicación, objetivo y conclusiones (*Anexo IV*).

De los 23 artículos incluidos: 14 son estudios transversales^(6,15,16,23-33), 3 revisiones sistemáticas^(9,34,35), 3 estudios de cohorte^(14,36,37), 2 estudios de casos y controles^(10,38) y un estudio de series de casos⁽³⁹⁾.

Estos artículos se han dividido en 2 grandes grupos:

- Detección y atención temprana^(6,9,24,28-31,34,35,39)
- DPP y la influencia del apoyo social^(10,14-16,23,25-27,32,36)

Detección y atención temprana

El artículo de Nyulyufer Deyanova et al., 2022⁽³⁴⁾, tenía como objetivo encontrar las herramientas de detección de la DPP, para lo cual realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. El principal hallazgo fue que, para poder detectar de manera anticipada los síntomas de DPP, se necesitaba una atención individualizada y flexible por parte de la figura de la enfermera; para lo que recomendaron visitas en el hogar. Recomendaron el uso de instrumentos de detección de la DPP, como pueden ser la EPDS o la escala de depresión de Montgomery-Asberg.

Irene Jiménez et al., 2021⁽³⁵⁾, en su artículo tuvo como objetivo el de poner de manifiesto la vivencia de las mujeres acerca de la DPP. Para ello realizaron una búsqueda en diferentes bases de datos. Se observó cómo se considera la transición a la maternidad como un tipo de estresor, lo que conlleva a un estado de vulnerabilidad por parte de la puérpera. Se destacó la importancia de no solo un correcto tratamiento de la DPP, sino de una adecuada prevención.

El estudio de Liu et al., 2021⁽²⁴⁾, fue llevado a cabo entre junio y diciembre de 2019 en Shanghái. Las mujeres elegidas tenían que haber pasado la barrera de los 18 años, tener un único nacimiento vivo y haber pasado de 6 a 8 semanas tras el parto. La media de edad fue de 30 años y el número de participantes de 1136. El objetivo principal fue determinar la prevalencia de DPP y estrés post traumático tras el parto; y examinar la relación con una serie de variables

sociodemográficas. Se observó la elevada prevalencia (23,5% de DPP) de estas patologías mentales, pero la baja tasa de actuación debido a la diversidad y multiculturalidad de la región; lo que sugirió una necesidad de actuación desde los sistemas sanitarios tanto en la prevención, como en la detección y atención temprana.

La revisión de Wang et al., 2021⁽⁹⁾, se llevó a cabo mediante la búsqueda en diferentes páginas científicas, llegando a incluir un total de 565 estudios. El objetivo de la revisión era completar la literatura existente sobre la epidemiología global de la DPP. Se encontró un patrón de prevalencia mayor en estudios con más de 1.000 participantes; así como una mayor incidencia de DPP en los 6-12 meses posteriores al parto. En líneas generales se encontró una prevalencia global de aproximadamente el 17,22%. Se destacó la importancia de la atención e intervención temprana.

El estudio de Zakeri et al., 2022⁽²⁸⁾, contó con una muestra de 186 mujeres con una edad media de 29,24 años, sin problemas psicológicos previos, que no tuvieran discapacidades auditivas o de visión, sin enfermedades ginecológicas que afectasen al estudio y que no hubieran sufrido un aborto. El objetivo del estudio fue determinar las correlaciones de la DPP en las mujeres del sur de Irán. Se encontraron asociaciones entre la DPP y el tipo de parto y el nivel educativo de la puérpera. Se observó que la ansiedad después del parto, la calidad de la atención prenatal y el nivel educativo predecían el 34 % de la varianza de la DPP y que el mejor predictor era la ansiedad. Se concluyó que la atención a la calidad de la atención prenatal y el estrés y la ansiedad posparto debían evaluarse cuidadosamente para prevenir la DPP. Se recomendó apoyo e intervenciones psicológicas para promover la salud mental de las mujeres antes y después del parto.

El estudio de Peñacoba Puentes., et al 2021⁽²⁹⁾, se llevó a cabo con una muestra de 116 mujeres PP con una media de edad de 31,2 años. El objetivo era conocer el papel moderador del “enfrentamiento evitante” en relación con los síntomas de DPP y las percepciones maternas sobre la relación con el recién nacido, así como la confianza en sí misma. No observaron asociaciones entre evitar el afrontamiento al final del primer trimestre del embarazo y la DPP. En

contraposición, evitar el embarazo se asoció significativamente con una menor seguridad con el cuidado del bebé y seguridad general en el posparto. se observó una asociación significativa y negativa entre la DPP y la alerta durante la lactancia y con el nivel general de seguridad. Se observó cómo el afrontamiento evitativo moderó la relación entre la DPP y la percepción del bebé como inestable.

Oliveira et al., 2022⁽³⁰⁾, contó con una muestra de 136 mujeres embarazadas y 176 puérperas (un total de 312 mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y los 44 años. El objetivo del estudio era detectar la depresión durante el embarazo y durante el puerperio inmediato mediante la utilización de la EPDS. Se encontró asociación entre la DPP y mujeres multíparas, así como los antecedentes de patologías psiquiátricas se relacionaban con un mayor riesgo de desarrollar depresión en el puerperio. Se encontraron asociaciones entre madres que sufrieron DPP y adolescente con elevado riesgo de efectos adversos. El estudio buscaba hacer hincapié en la importancia de identificar los factores de riesgo basados en la experiencia subjetiva de un individuo, para lograr una detección temprana de posibles síntomas de DPP. Sugirió la realización de pruebas de detección temprana de la depresión a las mujeres durante el tercer trimestre de embarazo o durante el puerperio.

De igual manera el estudio de Tariq et al., 2021⁽³¹⁾, se realizó con una muestra de 200 mujeres, con una edad media de 27,1 años. El objetivo principal era estimar la carga de la depresión previa y posterior al nacimiento, y conocer posibles predictores de depresión perinatal. Hubo una fuerte correlación positiva entre la depresión previa al parto y la posterior. Se observó un aumento en las estimaciones de DPP, lo que probablemente resultase consecuencia del aumento del estrés en la vida diaria. La clase social, la paridad y el embarazo no planificado estaban directamente relacionados con la prevalencia de la DPP.

El estudio de Toru et al., 2018⁽⁶⁾, contó con una muestra de 460 mujeres PP, de las cuales únicamente contestaron a las entrevistas 456. El objetivo del estudio era evaluar la magnitud de la depresión y por qué factores se ve afectada en las puérperas. Se obtuvo una prevalencia del 22,4% de DPP; así como la probabilidad de padecerla por parte de las madres que hubieran sufrido

depresión en el pasado. Se vio una mayor prevalencia en las mujeres entre los 18 y 23 años, que se podría explicar por la mayor exposición a la angustia emocional. Concluyeron que eran necesarias mejores estrategias para incluir los paquetes de atención a la salud mental materna durante los periodos pre y postnatal.

El artículo de Dekel et al., 2020⁽³⁹⁾, fue llevado a cabo con una muestra de 685 mujeres puérperas con un promedio de 31 años. El objetivo del estudio era examinar la naturaleza de la comorbilidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), relacionado con el parto y la DPP. El 18% de las encuestadas obtuvieron resultados de probable TEPT tras el parto; el 57% reportaron síntomas elevados de DPP. Se encontró una coocurrencia de la DPP y el TEPT bastante frecuente y se asoció con la magnitud de los factores estresantes del parto. Se concluyó que los esfuerzos futuros deben abordar el reconocimiento y el tratamiento de los síntomas postraumáticos en las mujeres posparto que presenten depresión.

El artículo de Lee et al., 2022⁽³⁸⁾, contó con una muestra de 2882 mujeres (cohorte de estudio). El objetivo del estudio era examinar la relación de la DPP con el suicidio materno. Las tasas de síntomas de ansiedad y depresión, así como el riesgo acumulado de suicidio, fueron más altas en la cohorte de estudio. La depresión tras el parto se relacionó con un mayor riesgo de suicidio materno. Concluyeron que, para prevenir el suicidio materno se debe observar la depresión subclínica y los síntomas de ansiedad entre los pacientes.

El estudio de Pham et al., 2018⁽³⁷⁾, fue llevado a cabo con un grupo de 539 mujeres puérperas que habían dado a luz en hospitales públicos de Argentina. El objetivo del estudio era estimar la prevalencia de DPP 4 semanas después mediante la EPDS. Se obtuvo un total de 167 positivos en depresión, los que se tradujo en el 31% de la muestra. En relación con las variables sociodemográficas: el nivel educativo estaba inversamente relacionado con la DPP, las multíparas tenían mayor riesgo de desarrollar depresión, lo mismo ocurría en aquellas que no recibían el suficiente apoyo. Destacaron la necesidad de mejorar la detección y las herramientas de diagnóstico, así como una mejor investigación acerca del impacto de los síntomas depresivos.

El estudio de Inthaphatha et al., 2020⁽³³⁾, contó con un total de 428 mujeres PP, con una media de 28,1 años. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la DPP e identificar los factores asociados con la misma en la capital de Vietnam. La prevalencia de sospecha de DPP resultó del 31,8%. Los factores asociados fueron el embarazo no deseado, la baja satisfacción con el parto y la depresión durante el embarazo. Se concluyó el estudio destacando que las mujeres deben recibir apoyo continuado durante el embarazo, así como en el período PP.

DPP y la influencia del apoyo social

El estudio de Cárdena y Félix., 2022⁽²³⁾ (estudio transversal realizado en España), contó con una muestra de 122 mujeres, elegidas durante los meses de noviembre y diciembre de 2020. El objetivo del estudio era determinar el grado de correlación entre la DPP y el apoyo de la pareja durante el puerperio, para lo cual se estudiaron variables como el nivel educativo de la puérpera, la ocupación o el estado civil. La frecuencia de sufrir depresión posparto fue del 20,5%, siendo padecido principalmente, por aquellas mujeres que no obtuvieron la más elevada calidad o cantidad del apoyo emocional, instrumental o informativo. Esto demostró una asociación significativa y correlación inversa moderada entre el apoyo recibido por la pareja y la DPP. Se concluyó el estudio destacando que el apoyo de la pareja es fundamental en la prevención de la DPP, pero no es decisivo.

Cho et al., 2022⁽¹⁶⁾, en su estudio, contó con una muestra de 1654 mujeres puérperas, con unas edades comprendidas entre los 19 y los 44 años. El objetivo del estudio fue conocer la relación entre la DPP y el apoyo social. Las mujeres que comunicaron percibir un apoyo social más bajo tenían un nivel de estrés relativamente más alto, con un historial de depresión; por consiguiente, una mayor probabilidad de DPP. El apoyo social se asoció con una menor tasa de DPP, lo que destacó la importancia del apoyo social, especialmente para aquellas mujeres con multiparidad, pérdida de embarazo, imagen corporal negativa, así como para las mujeres activas laboralmente.

Por otra parte, el artículo de Pao et al., 2019⁽¹⁰⁾, contó con una cohorte de estudio de 1517 mujeres en el periodo PP de Carolina del Norte, con edades que oscilaban entre los 17 y los 45 años. Como grupo “caso” se reclutó a participantes de raza negra y latina, y como grupo “control” a puérperas de raza blanca. El objetivo de este artículo fue indagar acerca del papel del apoyo social en un grupo grande y diverso de mujeres. Se encontró una propensión mayor a la DPP en la cohorte a estudio, debido a un menor apoyo social percibido, aunque no se pudo conocer si esta percepción era debida a la DPP o era una realidad, pues se realizó el seguimiento pasadas 6 semanas (tiempo tras el cual la DPP ya era evidente y podía la puérpera tener una percepción distorsionada de la realidad).

En esa misma línea Tambag et al., 2018⁽²⁵⁾, contó en su estudio con una muestra de 177 mujeres puérperas, que habían dado a luz al menos hacía 2-4 meses. El objetivo del estudio era determinar la depresión y el apoyo social en las mujeres tras el parto. Se observó que las puntuaciones de las escalas utilizadas (EPDS y MSPSS), se vieron afectadas por las variables de tipo de embarazo previsto y tipo de apoyo para el cuidado del neonato. Se concluyó con una asociación entre los niveles de apoyo y la DPP, pues al tiempo que aumentaron los primeros, disminuyó el riesgo de padecerla. Se recomendaron intervenciones encaminadas a aumentar el apoyo social.

El estudio de Islam et al., 2021⁽²⁶⁾, se basó en un estudio mayor, del que se extrajeron los resultados para analizar el riesgo comparativo de DPP entre 426 madres primerizas. Se buscó comprobar la relación con el apoyo social, así como la relación con el cese de la LM. Se realizó desde octubre de 2015, hasta enero de 2016, en dos subdistritos de Bangladesh. Se extrajo como conclusión, que la LM no exclusiva estaba significativamente asociada con la DPP. Además, los hallazgos mostraron una asociación entre el apoyo recibido por el entorno y la posibilidad de sufrir DPP.

En el estudio de Taylor et al., 2022⁽³⁶⁾, participaron 462 mujeres embarazadas. Las participantes de este estudio fueron extraídas de un programa de investigación más amplio. El objetivo del estudio era explorar la asociación entre el apoyo social prenatal y la depresión postnatal. Se realizó un seguimiento de

estas, desde el embarazo, hasta 3 meses después de dar a luz y se realizaron una serie de entrevistas. Se obtuvo un mayor riesgo de padecer DPP en aquellas mujeres con un menor apoyo prenatal, así como una baja evidencia de que el estado de la relación moderaría esta asociación.

Del mismo modo Leonard et al.,2020⁽¹⁴⁾, utilizó una muestra final de 1316 mujeres. Los datos se recopilaron a través de entrevistas telefónicas, mediante profesionales. El objetivo del estudio era comprobar si el estrés percibido mediaba en la asociación entre el apoyo social percibido y los síntomas depresivos de 1 a 12 meses PP. En líneas generales, el apoyo social percibido disminuyó con el tiempo, el estrés percibido aumentó y los síntomas depresivos se mantuvieron constantes hasta los 18 meses, punto en el cual empezaron a aumentar. Los niveles más bajos de apoyo social percibido predijeron síntomas depresivos a los 12 meses después del parto, mientras que el estrés percibido predijo síntomas depresivos en todo momento. Estos hallazgos, resultaron de utilidad para la mejora del asesoramiento de los síntomas de la DPP durante el puerperio.

De manera similar, el estudio transversal de Inekwe y Lee, 2022⁽¹⁵⁾, contó con una muestra de 2301 mujeres con una edad media de 30,6 años, que habían dado a luz entre el 2002 y el 2018 en Australia. Para este, se utilizó la encuesta HILDA en los hogares, pero solo en los mayores de 15 años. Los resultados mostraron que, en comparación con una puérpera con bajo apoyo social, una mayor disponibilidad de apoyo se asoció con una mejora en la salud mental de hasta 8,5 puntos; por lo que se estableció el apoyo social como un factor protector frente a la DPP. Se encontraron también evidencias de que la salud mental previa al embarazo estaba relacionada con la salud mental tras el parto.

El estudio de Seymour-Smith et al., 2021⁽²⁷⁾, se llevó a cabo con una muestra de 806 mujeres australianas. El objetivo del estudio era examinar la relación entre los cambios en la vida de las mujeres tras el parto y el apoyo social durante esta etapa. Se llevó a cabo mediante la recopilación de los datos obtenidos a través de la encuesta HILDA en el año anterior y posterior a haber dado a luz. Las mujeres informaron de una disminución en el apoyo social durante el embarazo y el PP, además se encontró que este era un predictor importante de la salud

mental de las puérperas, pues se asoció la disminución del apoyo y la DPP. Al encontrar cómo el apoyo social afectaba a las puérperas, lograron obtener la manera de orientar los esfuerzos para la reducción de la DPP.

El estudio de Xiong et al., 2021⁽³²⁾, contó con una muestra de 644 mujeres, reclutadas de enero a diciembre de 2020. Para entrar dentro del estudio debían tener mínimo 18 años y ser madres de un recién nacido sano. El objetivo era conocer el patrón de evolución de la DPP. Como principal resultado, se obtuvo que, el aumento en todo tipo de soportes se asociaba con una disminución del riesgo de deterioro del estado normal a la DPP grave. El apoyo emocional, el apoyo material, el apoyo informativo y la percepción del apoyo de la madre tuvieron asociaciones positivas significativas con la prevención de las transiciones de progresión de DPP.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de la revisión ha sido, recopilar y actualizar la información existente, acerca de la DPP y la influencia del apoyo del entorno en la misma desde el punto de vista de la enfermería.

Cabe destacar el importante papel que ejerce la enfermería en el diagnóstico y tratamiento precoz de la DPP, puesto que son los profesionales que mayor contacto tienen con la puérpera en el hospital y en AP.

Teniendo en cuenta la terminología NANDA, NIC, NOC; se ha encontrado asociado a la DPP⁽⁴⁰⁾:

- Diagnóstico enfermero (NANDA) → Proceso de maternidad ineficaz.

En relación con este se encuentran los resultados (NOC)⁽⁴⁰⁾:

- Estado materno (puerperio)
- Conducta sanitaria prenatal
- Desempeño del rol de padres
- Conocimiento: cuidados del lactante
- Estado de salud personal
- Nivel de ansiedad
- Nivel de depresión

Y las intervenciones (NIC)⁽⁴⁰⁾:

- Fomentar la resiliencia
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Grupo de apoyo
- Terapia de grupo

Al igual que en el apartado anterior, se han discutido los artículos seleccionados, en función del grupo al que se asignaron.

Detección y atención temprana

Tanto en el artículo de Irene Jiménez⁽³⁵⁾, como en el estudio de Dekel et al.,⁽³⁹⁾ se habla de cómo la literatura acerca de la DPP es escasa y se precisa una mayor investigación sobre las múltiples causas que la originan y la manera de interferir en el PP, así como los tratamientos y métodos preventivos.

Desde la enfermería se debe fomentar la prevención y/o atención temprana a la puérpera, como se puede ver en el estudio de Wang et al.,⁽⁹⁾. Lo mismo expresaron en el estudio de Peñacoba et al.,⁽²⁹⁾, en el cual se concluye: “Los

hallazgos podrían ser importantes para la práctica clínica, pues apuntan a una estrategia de afrontamiento en la madre que puede ser dirigida a minimizar el impacto potencialmente dañino de la DPP en las relaciones materno-infantiles”.

Son los estudios de Zakeri et al.,⁽²⁸⁾ Oliveira et al.,⁽³⁰⁾ y Tariq et al.,⁽³¹⁾ los que ponen el enfoque de los resultados en la atención preventiva prenatal, de manera que las mujeres pudieran tener herramientas con las que actuar en el momento de enfrentarse a la nueva realidad que se les presenta.

Actualmente en CyL no se llevan medidas destinadas a la atención psicológica prenatal. Resultaría interesante proponer nuevos programas de atención previa al parto, de tal manera que se formaran grupos en los que se hablara de los cambios ocurridos y las maneras de enfrentarse a ellos; así como de los medios disponibles para las puérperas que sufrieran de DPP.

En el estudio de Inthaphatha et al.,⁽³³⁾ se pone en relieve la importancia del servicio de atención médica y justifican la necesidad de más investigaciones con respecto a la DPP, así como pruebas de detección validadas (pues se utilizó la EPDS pero no fue desarrollada por un especialista de la salud mental). Lo mismo concluyen en el estudio de Pham et al.,⁽³⁷⁾ en el cual resaltan principalmente la importancia de identificar los grupos de riesgo.

Hay que tener en cuenta el punto de corte de la EPDS, pues un valor inferior aumentaría la tasa de falsos positivos, como ocurrió en el segundo estudio. Es por esto por lo que considero indispensable la realización de las preguntas correspondientes por un sanitario preparado para la entrevista clínica.

Liu et al.,⁽²⁴⁾ nos describe en su estudio que, la población diana (asiáticos) enmascara los síntomas depresivos, a causa de la cultura conservadora, lo que dio como resultado un empeoramiento de la clínica y un aumento de los casos de DPP. Se trata de sociedades en las cuales no se da importancia a la salud mental o son signo de debilidad; por lo que se deberían hacer campañas de educación poblacional y desestigmatización sobre la salud mental y la importancia de una correcta detección y atención temprana. En otros estudios realizados en China se encontraron porcentajes más bajos de trastornos psíquicos, lo que apoya la idea de que no se notifican estas enfermedades por

la estigmatización. Estas sociedades se caracterizan por la búsqueda de un único hijo varón; en el estudio el 72,3% de las encuestadas eran primíparas, por lo que se podría sospechar de DPP a causa de un segundo embarazo no planificado o a causa de no haber tenido un primer hijo varón en el 27,7% restante.

Si bien es importante la prevención; el seguimiento y la reevaluación de la puérpera son esenciales también para un correcto tratamiento; a esa conclusión llegó el estudio de Nyulyufer Deyanova et al.,⁽³⁴⁾; en el cual se recomienda la repetición de la EPDS pasadas 2 semanas. Por el contrario, en el estudio de Lee et al.,⁽³⁸⁾ no se realizó un seguimiento de la evolución del tratamiento, por lo que no se pudo llegar a conocer el progreso de la patología o posibles interferencias que dificultaran el tratamiento; como podría ser abandonar el tratamiento farmacológico para poder continuar con la LM.

De acuerdo con lo anterior, debería realizarse un seguimiento de la mujer; al igual que se hace de la evolución física con las visitas a la ginecóloga y a la matrona, pero a la especialista en salud mental que se esté encargando de su caso en particular, para asegurarse una completa recuperación.

Crear grupos de apoyo emocional entre mujeres que estén viviendo la misma situación, cómo manera de tratamiento ante la DPP, es lo que propone Toru et al.,⁽⁶⁾ en su estudio, “la organización de foros de grupos de apoyo (por parte de los profesionales de la salud) entre pares y la facilitación de la experiencia indirecta, pues se reconoce como una estrategia de mejora de la autoeficacia de los padres”. Desde una perspectiva personal, estos deberían ser creados y supervisados por profesionales de la salud, que pudieran orientar los esfuerzos del grupo y enseñar estrategias de afrontamiento, se podría poner en marcha como plan de mejora de la salud de la puérpera.

DPP y la influencia del apoyo social

Existen diferencias en los resultados hallados en los diferentes artículos, teniendo en cuenta los tipos de apoyo (de la pareja o el entorno) y la cantidad percibida de los mismos, los niveles educacionales y socioeconómicos, la salud previa de la puérpera y los cambios del entorno tras el parto. No se encontraron estudios que correlacionen directamente la DPP con un deficiente apoyo instrumental (o de servicios).

Otro factor a tener en cuenta sería el apoyo en las etapas previas al parto y puerperio, como medida preventiva, de manera que, cuando dé a luz, tenga herramientas para afrontar la nueva realidad. Autores como Taylor et al.,⁽³⁶⁾ e Inekwe y Lee et al.,⁽¹⁵⁾, hablan de ello en sus investigaciones. Los estudios contaron con una muestra de 545 y 2301 puérperas respectivamente, considerando estas, muestras representativas de la situación.

Una de las mujeres afirma en el estudio de Taylor: “desearía que me hubieran brindado algo de apoyo social antes de tener a mi bebé, ya que creo que eso habría hecho una gran diferencia en la profundidad y la duración de mis síntomas depresivos”⁽³⁶⁾. Se concluye que una adecuada salud mental preparto, actúa de manera positiva en la prevención de la DPP, poniendo de manifiesto la necesidad por parte del sistema sanitario de intervenir y ayudar en la mejora de esta.

Considero que se centra el embarazo en la preparación física para el parto y posparto, pero se deja de lado el aspecto psicológico. Clases impartidas por la matrona sobre los cambios psicológicos que se sufrirán en el posparto, deberían ser consideradas como estrategias de prevención de la DPP.

Hay autores que han observado una relación entre el deficiente apoyo en la crianza del recién nacido y la posibilidad de sufrir DPP, como ocurre en el estudio de Tambag et al.,⁽²⁵⁾ y en el de Cho et al.,⁽¹⁶⁾. En este último, se observó también una correlación en el nivel educacional y la DPP, siendo un bajo nivel de estudios un predictor de la patología; al igual que en el estudio de Pao et al.,⁽¹⁰⁾.

Si bien es cierto que los resultados obtenidos en el último estudio no son fiables, pues la muestra poblacional estuvo muy delimitada por la raza y etnia⁽¹⁶⁾. Habría que tener en cuenta a la hora de comparar estos tres estudios juntos, las

diferencias socioculturales (se trata de países dispares), pues el apoyo que recibirá la mujer dependerá de estas.

Otros estudios relacionan el parto como un momento de disminución del apoyo social y del entorno, y lo asocian a un incremento del estrés; lo que daría como resultado una mayor probabilidad de sufrir DPP; se trata de los estudios de Leonard et al.,⁽¹⁴⁾ y Seymour-Smith et al.,⁽²⁷⁾. Ambos de estudios contaron con una muestra representativa (1316 y 806 puérperas) y con un margen amplio de seguimiento. Se deberían estudiar las causas de la disminución del apoyo social tras el parto, siendo una posibilidad la del cambio del estilo de vida.

A continuación, nos encontramos el estudio de Xiong et al.,⁽³²⁾, el cual muestra como todo tipo de apoyo, en especial el informativo, actúa como barrera ante la DPP, sirviendo de alivio en la sintomatología referida. No especifica la cantidad de este que sería necesaria para ello, como podíamos observar en estudios previos. En este sentido, se deberían realizar más estudios que evaluaran la cantidad del apoyo necesario para prevenir o aliviar la sintomatología de la DPP.

Con relación a la cantidad del apoyo recibido, el estudio de Cárdena y Félix et al.,⁽²³⁾ concluye que únicamente el apoyo excelente (emocional, instrumental e informativo) previene la DPP; mientras que el estudio de Islam et al.,⁽²⁶⁾ difiere; relacionando la DPP con un apoyo social limitado, pero también con un alto apoyo (aunque en menor porcentaje). Teniendo en cuenta que este último estudio cuenta con una muestra de 426 mujeres, en contraposición al de Cárdena y Félix que se realizó con 122 puérperas del mismo centro sanitario. Siendo conocedores de que ambos estudios se realizaron con las mismas escalas y tuvieron un seguimiento similar (2-3 meses), consideramos más fiable el resultado obtenido en el estudio de Islam et al.,⁽²⁶⁾.

Tras la lectura de los estudios, se encuentra una fuerte correlación entre el apoyo de la pareja y la prevención de la DPP, pues se trata del igual y conviviente. En caso de que se opte por ser madre soltera, no se dispone de este tipo de apoyo de manera constante, por lo que las probabilidades de sufrir DPP se ven aumentadas⁽²⁵⁾.

Los cuidados de Enfermería para las mujeres que sufren una depresión puerperal consisten fundamentalmente en⁽⁴¹⁾:

- Brindar apoyo emocional. Deberemos brindarle un apoyo emocional claro, sin que se sienta juzgada por sus sentimientos u opiniones ⁽⁴²⁾.
- Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
- Orientar como obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre dormir adecuadamente.
- Enseñar técnicas de relajación.

La atención de Enfermería se considera eficaz cuando la mujer⁽⁴¹⁾:

- Expresa sus sentimientos.
- Identifica patrones para seguir adelante.
- Acepta ayuda de otros.
- Toma decisiones propias.
- Lleva a cabo cambios deseados.
- Asume las responsabilidades.
- Proporciona atención al recién nacido y a la familia con ánimo positivo.

El protocolo llevado a cabo por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para la atención puerperal en el posparto, fue actualizado en 2019⁽²²⁾. Este indica que la segunda revisión de la puérpera deberá realizarse a los 40 días, tiempo el cual considero elevado, teniendo en cuenta el cambio que ha sufrido la vida de la mujer. Desde mi punto de vista, debería revisarse y actualizarse el protocolo y modificar las visitas a la matrona.

Como método preventivo de la DPP podría establecerse un tiempo de, por ejemplo 2 semanas tras el parto, como idóneo para comprobar la adaptación a la nueva vida y un seguimiento mensual (aunque fuera de manera telefónica), en el cual se completasen una serie de cuestiones que asegurasen un adecuado seguimiento psicológico (por personal previamente preparado para este tipo de entrevista clínica).

Finalmente, podrían realizarse también, clases preparto, así como de preparación psicológica a la nueva vida.

De cara a una mejor detección y seguimiento de la puérpera, deberían realizarse más estudios sobre la prevención y el seguimiento de la DPP. Será fundamental conocer para ello la cantidad y el tipo de apoyo necesario.

ANÁLISIS DAFO

Tabla 3: Análisis DAFO.

Debilidades Se podría haber realizado una búsqueda más extensa que incluyera un mayor número de artículos.	Amenazas Falta de preparación en la realización de revisiones o estudios.
Fortalezas Se comenzó la revisión con tiempo suficiente de realización y mejora de posibles fallos.	Oportunidades Posibilidad de preparar el trabajo con una tutorización de este.

CONCLUSIONES

La DPP es una patología que afecta a un amplio porcentaje de las puérperas (con una incidencia en torno al 10-15%), aunque existe una amplia variabilidad en función del país, el estilo de vida y el entorno social que rodea a la mujer.

El apoyo del entorno (familiar, afectivo), ejerce un papel mediador fundamental en la prevención de la DPP. Las tasas de prevalencia de la enfermedad se han visto disminuidas cuando el apoyo provenía, principalmente, de la pareja.

Desde enfermería, se deberían llevar a cabo más actividades encaminadas a la mejora de la prevención de la DPP, así como de la desestigmatización de la patología. Es fundamental nuestra actuación, pues somos los sanitarios que más en contacto nos encontramos con la puérpera; para ello se deberían impartir clases de preparación psicológica pre-parto a la nueva vida y aumentar las visitas tras el parto como método de atención y detección temprana.

Como personal de enfermería es importante que, durante la estancia de la puérpera en el hospital, así como tras su alta, desde el centro de AP prestemos atención a posibles signos que nos indiquen una posible DPP y que establezcamos una Relación Enfermera Paciente (REP), en la que se sienta con la confianza de expresar como se siente y pedir ayuda si fuera necesario.

Se deben de encaminar los esfuerzos a realizar una mejor prevención y detección, así como un correcto seguimiento y tratamiento de la patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Roldán R. Depresión posparto y lactancia materna exclusiva: una relación bidireccional. 2022.
2. Peralta DrO. Aspectos clinicos del puerperio. Icier. :7.
3. Sanitas. Puerperio fisiológico o cuarentena [Internet]. Sanitas. [citado 14 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazo-maternidad/posparto/puerperio-fisilogico-o-cuarentena.html>
4. Rea ELC. Cuidados de enfermería durante el puerperio fisiológico.
5. Qué sucede en el puerperio o cuarentena [Internet]. Natalben. [citado 15 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.natalben.com/puerperio>
6. Toru T, Chemir F, Anand S. Magnitude of postpartum depression and associated factors among women in Mizan Aman town, Bench Maji zone, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14 de noviembre de 2018;18(1):442.
7. Marco LT, Catalán MJS. Evaluación del tratamiento hormonal en la depresión posparto: una revisión sistemática.
8. Psiquiatra. La depresión materna en países de bajos y medianos ingresos conlleva una gran carga de morbilidad → [Internet]. SE Psiquiatría®. 2020 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.sepsiquiatria.org/trastornos-animo/la-depresion-materna-en-paises-de-bajos-y-medianos-ingresos-conlleva-una-gran-carga-de-morbilidad/>
9. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 20 de octubre de 2021;11(1):543.
10. Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S. Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Arch Womens Ment Health*. febrero de 2019;22(1):105-14.
11. Iglesias Moya J, NPunto. Cuidados de la matrona de atención primaria en la depresión posparto. A propósito de un caso. *Cuid matrona aten primaria en depresión posparto propósito un caso*. 21 de enero de 2020;110(110):1-110.
12. EPDS Spanish.pdf [Internet]. [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.mcpapformoms.org/Docs/EPDS%20Spanish.pdf>
13. gpc_534_depresion_adulto_avalat_compl_caduc.pdf [Internet]. [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avalat_compl_caduc.pdf
14. Leonard KS, Evans MB, Kjerulff KH, Symons Downs D. Postpartum Perceived Stress Explains the Association between Perceived Social Support and Depressive Symptoms. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2020;30(4):231-9.
15. Inekwe JN, Lee E. Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis. *PloS One*. 2022;17(5):e0265941.
16. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, et al. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep*. 24 de febrero de 2022;12(1):3128.
17. Mosqueda Díaz A, Mendoza Parra S, Jofré Aravena V, Barriga OA. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enferm Glob*. julio de 2015;14(39):125-36.
18. Ortiz Parada M, Baeza Rivera MJ. Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Univ Psychol*. enero de 2011;10(1):189-96.

19. Apoyo_social_escala_MOS.pdf [Internet]. [citado 26 de abril de 2023]. Disponible en: https://enfermeria.unison.mx/wp-content/uploads/2020/01/Apoyo_social_escala_MOS.pdf
20. Meza JC. Suspensión de la lactancia materna durante el tratamiento de la depresión postparto con sertralina. Una revisión bibliográfica. ISSN. 2020;17.
21. Solano MS, Mejía ALP, Madrigal JC. Abordaje clínico y manejo de la depresión postparto. Rev Medica Sinerg. 1 de junio de 2019;4(6):90-9.
22. 1522344-cartera de servicios 2019.pdf [Internet]. [citado 25 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>
23. Cárdenas MAR, Felix LMR. Asociación entre depresión postparto y apoyo de la pareja en un centro materno infantil de Lima. An Fac Med. 17 de marzo de 2022;83(1):19-24.
24. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. BMC Psychiatry. 5 de octubre de 2021;21(1):487.
25. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatay, Turkey. Niger J Clin Pract. noviembre de 2018;21(11):1525-30.
26. 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. 2021;16(5):e0251419.
27. Seymour-Smith M, Cruwys T, Haslam SA. More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. Aust N Z J Public Health. agosto de 2021;45(4):338-43.
28. Zakeri MA, Khoram S, Bazmandegan G, Ghaedi-Heidari F, Talebi B, Ramezani N, et al. Postpartum depression and its correlates: a cross-sectional study in southeast Iran. BMC Womens Health. 22 de septiembre de 2022;22(1):387.
29. Peñacoba Puente C, Suso-Ribera C, Blanco Rico S, Marín D, San Román Montero J, Catalá P. Is the Association between Postpartum Depression and Early Maternal-Infant Relationships Contextually Determined by Avoidant Coping in the Mother? Int J Environ Res Public Health. 11 de enero de 2021;18(2):562.
30. Oliveira TA, Luzetti GGCM, Rosalém MMA, Mariani Neto C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. mayo de 2022;44(5):452-7.
31. Tariq N, Naeem H, Tariq A, Naseem S. Maternal depression and its correlates: A longitudinal study. JPMA J Pak Med Assoc. junio de 2021;71(6):1618-22.
32. Xiong J, Fang Q, Chen J, Li Y, Li H, Li W, et al. States Transitions Inference of Postpartum Depression Based on Multi-State Markov Model. Int J Environ Res Public Health. 13 de julio de 2021;18(14):7449.
33. Inthaphatha S, Yamamoto E, Louangpradith V, Takahashi Y, Phengsavanh A, Kariya T, et al. Factors associated with postpartum depression among women in Vientiane Capital, Lao People's Democratic Republic: A cross-sectional study. PloS One. 2020;15(12):e0243463.
34. Investigación RS. Herramientas de detección de la depresión postparto. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2022 [citado 13 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/herramientas-de-deteccion-de-la-depresion-postparto/>
35. Investigación RS. Depresión postparto. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de

- Investigación. 2021 [citado 13 de enero de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/depresion-postparto/>
36. Taylor BL, Nath S, Sokolova AY, Lewis G, Howard LM, Johnson S, et al. The relationship between social support in pregnancy and postnatal depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* julio de 2022;57(7):1435-44.
37. Pham D, Cormick G, Amyx MM, Gibbons L, Doty M, Brown A, et al. Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *J Affect Disord.* febrero de 2018;227:731-8.
38. Lee YL, Tien Y, Bai YS, Lin CK, Yin CS, Chung CH, et al. Association of Postpartum Depression with Maternal Suicide: A Nationwide Population-Based Study. *Int J Environ Res Public Health.* 23 de abril de 2022;19(9):5118.
39. Dekel S, Ein-Dor T, Dishy GA, Mayopoulos PA. Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Arch Womens Ment Health.* agosto de 2020;23(4):557-64.
40. NNNConsult [Internet]. [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/221/>
41. Cuidados de Enfermería en la depresión posparto - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 5 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-depresion-posparto/>
42. Doce IA, Caballero JLV, Miguel MJÁ. Aspectos psicológicos de los cuidados de enfermería en la paciente con depresión posparto.
43. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido Multidimensional Scale | PDF [Internet]. Scribd. [citado 6 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/623479028/escala-multidimensional-de-apoyo-social-percibido-multidimensional-scale>

ANEXOS

ANEXO I: Edinburg Postnatal Depression Scale⁽¹²⁾

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:
Sí, todo el tiempo _____ 0
Sí, la mayor parte del tiempo 1
No, no muy a menudo _____ 2
No, en absoluto _____ 3

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

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
Tanto como siempre he podido hacerlo _____ 0
No tanto ahora _____ 1
Sin duda, mucho menos ahora _____ 2
No, en absoluto _____ 3
2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:
Tanto como siempre _____ 0
Algo menos de lo que solía hacerlo _____ 1
Definitivamente menos de lo que solía hacerlo _____ 2
Prácticamente nunca _____ 3
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, algunas veces _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, nunca _____ 0
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:
No, en absoluto _____ 0
Casi nada _____ 1
Sí, a veces _____ 2
Sí, muy a menudo _____ 3
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
Sí, bastante _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No, no mucho _____ 1
No, en absoluto _____ 0
6. Las cosas me oprimen o agobian:
Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas _____ 3
Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera _____ 2
No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien _____ 1
No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre _____ 0
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, a veces _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0
8. Me he sentido triste y desgraciada:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
No muy a menudo _____ 1
No, en absoluto _____ 0
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:
Sí, casi siempre _____ 3
Sí, bastante a menudo _____ 2
Ocasionalmente _____ 1
No, nunca _____ 0
10. He pensado en hacerme daño:
Sí, bastante a menudo _____ 3
A veces _____ 2
Casi nunca _____ 1
No, nunca _____ 0

ANEXO II: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido⁽⁴³⁾

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet, Dahlem y Farley, 1988). (Traducción por J. Sanz)

Por favor, lea cuidadosamente cada una de las frases que aparecen a continuación y responda en qué medida le describen. Para contestar, utilice la siguiente escala:

	M y en de acuerdo (1)	Ba tante en de acuerdo (2)	Ag o en de acuerdo (3)	N en de acuerdo ni de acuerdo (4)	Ag o de a erdo (5)	Ba tante de a erdo (6)	M y de a erdo (7)
1. Existe una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.							
2. Existe una persona especial con la cual puedo compartir alegrías y tristezas.							
3. Mi familia trata realmente de ayudarme.							
4. Tengo la ayuda y el apoyo emocional que necesito de mi familia.							
5. Tengo una persona especial que es una fuente real de consuelo para mí.							
6. Mis amigos tratan realmente de ayudarme.							
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.							
8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.							
9. Tengo amigos con los cuales puedo compartir mis alegrías y mis penas.							
10. Hay una persona especial en mi vida que se preocupa de mis sentimientos.							
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.							
12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.							

CORRECCIÓN:

- FAMILIA: ÍTEMS: 3, 4, 8, 11.
- AMIGOS: ÍTEMS: 6, 7, 9, 12.
- OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS: ÍTEMS: 1, 2, 5, 10

Referencia

Zimet, G., Dahlem, S. G. y Farley, G. K. (1988): Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.

ANEXO III: Atención a la mujer en el puerperio⁽²²⁾

Cartera de Servicios de Atención Primaria	Atención a la mujer en el puerperio
<p>Criterios de inclusión</p> <p>Mujeres púerperas en las que se haya registrado la fecha de parto.</p> <p>Criterios de calidad</p>	<p>Valoración</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración global en las 48-72 horas después del alta hospitalaria. ■ Revisión alrededor de los 40 días después del parto. ■ A toda púerpera a la que se detecte una situación de riesgo psico-social durante su embarazo (Anexo 15), se le realizará la visita posparto en su domicilio. ■ Fecha y lugar de la visita. <p>Anamnesis</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fecha y tipo de parto. ■ Valoración de síntomas ginecológicos y urológicos. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la lactancia. ■ Valoración emocional. Herramienta de ayuda: escala de Edimburgo (Anexo 17). ■ Valoración sociofamiliar. <p>Exploración</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ PA y temperatura. ■ Palpación de fondo uterino. ■ Periné. Herida quirúrgica en caso de cesárea. ■ Mamas. ■ Extremidades inferiores. Edemas. ■ Lactancia materna (observación de la toma en las 48-72 horas tras el alta hospitalaria). <p>Plan de acción y seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados del puerperio. Higiene, alimentación, ejercicio físico y descanso. Ejercicios del suelo pélvico. ■ Lactancia materna: idoneidad, ventajas y técnicas. ■ Lactancia artificial y mixta. ■ Consejo sanitario sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la lactancia. Exposición al humo de tabaco ambiental.
<p style="text-align: center;">50</p> <p>Cartera de Servicios de Atención Primaria</p> <p>Enlaces de interés</p> <p>Coordinación/ Continuidad asistencial</p>	<p style="text-align: right;">Atención a la mujer en el puerperio</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Educación en planificación familiar. ■ Información sobre signos de alarma: fiebre, hemorragia, aumento de temperatura de las mamas o temperatura abdominal. ■ Revisar el programa de prevención de cáncer de cérvix. ■ Cuidados del recién nacido. ■ Informar de grupos de apoyo postparto. <p> https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-mujer/lactancia-materna https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/atencion-parto-normal-puerperio https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/mujeres </p> <p>Servicio de Obstetricia.</p> <p>Indicador de cobertura</p> <p style="text-align: center;">Número de mujeres púerperas a las que se ha realizado la visita posparto antes de las 72 horas tras el alta hospitalaria</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Número de mujeres púerperas</p> <p>Indicador de proceso</p> <p style="text-align: center;">Número de mujeres púerperas a las que se les ha dado consejo sobre lactancia materna</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Número de mujeres púerperas</p> <p style="text-align: center;">Número de mujeres púerperas a las que se ha realizado valoración emocional</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Número de mujeres púerperas</p>
51	

ANEXO 15. CUESTIONARIO WOMEN ABUSE SCREENING TOOL (WAST)–LARGO

1a	En general, ¿Cómo describiría su relación con su pareja?		
	Mucha tensión (3 puntos)	Alguna tensión (2 p)	Ninguna tensión (1 p)
2b	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...		
	Mucha dificultad (3 p)	Alguna dificultad (2 p)	Sin dificultad (1 p)
3c	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal o con usted misma?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
4d	Las discusiones ¿Terminan en golpes patadas o empujones?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
5e	¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
6f	Su pareja ¿Ha abusado de usted físicamente?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
7g	Su pareja ¿Ha abusado de usted emocionalmente?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
8h	Su pareja ¿Ha abusado de usted sexualmente?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
			Puntuación total
WAST LARGO POSITIVO: ≥11 PUNTOS			

Fuente: Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de salud. Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Valladolid, 2017.

INTERPRETACIÓN

Las 8 preguntas se puntúan de 1 a 3. Por tanto, el rango de puntuación posible oscila entre 8 y 24 puntos. El punto de corte del WAST largo es 11, que indica que a partir de esa puntuación la mayor probabilidad de ser caso positivo.

Si una o más preguntas f, g y h son (+), incluso aunque total fuera <de 11 (asegurada la comprensibilidad de las preguntas)	Caso de maltrato confirmado
Puntuación total de ≥11 si todas las preguntas f, g y h (-)	Alto grado de sospecha

Además, se recomienda preguntar a toda mujer por el antecedente de haber sufrido algún tipo de malos tratos en el pasado por otras parejas, o algún tipo de abuso en la infancia.

ANEXO 17. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDMBURGO

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

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proviendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones
Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987. Vol. 150 by JL Cox, JM Holden, R. Sagovsky

Instrucciones de uso:

- Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió los 7 días anteriores.
- Tienen que responder las 10 preguntas.
- Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga dificultades para leer.
- La escala 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 (3, 2, 1, 0).
- Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación >10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.
- Cualquier nº que se escoja que no sea el "0" para la pregunta nº 10, significa que es preciso hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.
- La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

ANEXO IV: Características de los artículos incluidos en la revisión, tabla realizada a partir de la información extraída de los artículos seleccionados.

AUTORES Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	RESULTADOS PRINCIPALES / CONCLUSIONES
Deyanova Alyosheva, N., et al ESPAÑA, 2022	Revisión	Encontrar las herramientas de detección de la depresión posparto.	Es importante mediante actividades de enfermería realizar una detección precoz de esta patología. La escala que más se utiliza es la de Edimburgo junto con las visitas individualizadas. Una vez detectada la depresión posparto es esencial llevar a cabo un correcto control y tratamiento para la enfermedad ya que puede tener consecuencias negativas para la madre, el bebé y su entorno.
Jiménez Ramos, I., et al España, 2021	Revisión	Dar a conocer la DPP y cómo lo viven las mujeres que lo padecen, así como exponer cuáles son sus manifestaciones clínicas, como se lleva a cabo su diagnóstico y cuáles son los tratamientos más efectivos en la actualidad.	Un mayor énfasis en la salud mental perinatal y en los factores de riesgo que pueden comprometerla es una de las estrategias más simples de prevención si se implementa de forma sistemática durante el seguimiento del embarazo.
Ramos Cárdenas, M A., et al Lima, 2022	Estudio transversal	Determinar la asociación entre la depresión posparto y el apoyo de la pareja en mujeres de un centro materno infantil en Lima, 2020	El apoyo de la pareja está relacionado inversamente con la depresión posparto en mujeres. La participación de la pareja en el posparto podría reducir las probabilidades de desarrollar esta patología dentro del primer año posparto.
Cho, H., et al Korea, 2022	Estudio transversal	Estimar la prevalencia de la EPP en las mujeres posparto en Corea del Sur e investigar la relación entre la EPP y el apoyo social.	El apoyo social se asoció con una menor probabilidad de depresión posparto, lo que indica la importancia del apoyo social, especialmente para las mujeres que experimentan multiparidad, pérdida de embarazo, imagen corporal negativa, así como para las mujeres empleadas.
Ying Liu., et al China, 2021	Estudio transversal	Para determinar la prevalencia de la DPP en China, y examinar las relaciones entre una serie de variables sociodemográficas, relacionadas con el embarazo y relacionadas con el recién nacido, y DPP.	Este estudio abordó algunas lagunas en la literatura y proporcionó una mejor comprensión de la DPP en China, lo que puede contribuir a la detección e intervención tempranas.
Pao, C., et al Carolina del Norte, 2022	Casos y controles	Examinar el papel del Apoyo social en una población grande y diversa.	Los aspectos multidimensionales del apoyo social pueden ser protectores para las mujeres de minorías raciales/étnicas.
Tambag, H., et al Turkey 2018	Estudio transversal	Determinar la depresión y el apoyo social en las mujeres en el período posparto.	Este estudio concluye que a medida que aumentan los niveles de apoyo social, hay una disminución en el riesgo de depresión posparto. Se recomienda que la planificación de las intervenciones esté de acuerdo con los factores que afectan el apoyo social y los niveles de depresión en las mujeres en el período posparto.

Islam., et al Bangladesh, 2021	Estudio transversal	Explorar el riesgo comparativo de DPP entre las madres primerizas que terminaron la LM exclusiva antes de la marca de 6 meses, en comparación con las que no lo hicieron; y probar si el estrés materno y el apoyo social operan para mediar y/o moderar la relación entre LM y DPP.	La detección simultánea de las dificultades de EBF y el estrés materno son señales de alerta importantes que podrían insinuar complicaciones incluso antes de que la prueba de detección de la madre sea positiva para DPP. El apoyo y el cuidado de los miembros de la familia pueden proporcionar ayuda para superar este problema.
Lever Taylor, B., et al Inglaterra, 2022	Cohorte	Relación longitudinal entre el apoyo social en el embarazo y la depresión postnatal, y si esto se modera por la edad o el estado de la relación.	Las intervenciones dirigidas al apoyo social en el embarazo tienen el potencial de reducir la depresión posnatal. Las investigaciones futuras deberían explorar con mayor detalle qué mujeres se beneficiarían más de qué tipo de apoyo social.
Leonard; K S., et al 2020	Cohorte	Este estudio probó una hipótesis primaria alternativa dentro del modelo de proceso de estrés que examinaba si el estrés percibido mediaba en la asociación entre el apoyo social percibido y los síntomas depresivos de 1 a 24 meses tras el parto.	Centrarse en el fortalecimiento del apoyo social percibido como un medio para manejar el estrés percibido en un esfuerzo por prevenir una trayectoria de depresión a largo plazo.
Nkwoma Inekwe, J., et al 2022	Estudio transversal	Examinar la causalidad entre el apoyo social percibido y la salud mental posparto	Encontramos una tendencia decreciente en la salud mental posparto entre 2002 y 2018. La salud mental pasada se correlaciona positivamente con la salud mental posparto. Un examen de salud mental de rutina universal para las mujeres embarazadas y las madres primerizas debe seguir siendo una prioridad clave para garantizar el bienestar mental de las madres y sus bebés.
Seymour-Smith, M., et al Australia, 2021	Estudio transversal	Examinar la relación dinámica entre los cambios en la vida (embarazo y parto) y el apoyo social durante el período posparto.	Las mujeres que tienen "más que perder" corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental si no pueden mantener las fuentes existentes de apoyo social.
Wang, Z., et al 2021	Revisión	Completar una visión general completa de la literatura actual sobre la epidemiología global de la DPP.	Una de cada cinco mujeres experimenta DPP, lo que está relacionado con los ingresos y el desarrollo geográfico. Se desencadena por una variedad de causas que requieren la atención y la intervención comprometida de los proveedores de atención primaria, los médicos, las autoridades sanitarias y la población en general.
Ali Zakeri, M., et al Iran, 2022	Estudio transversal	Determinar las correlaciones de la depresión posparto en las mujeres del sur de Irán.	La atención a la calidad de la atención prenatal y el estrés y ansiedad posparto deben evaluarse cuidadosamente para prevenir la DPP. Se recomienda apoyo e intervenciones psicológicas para promover la salud mental antes y después del parto.
Peñacoba Puente, C., et al España, 2021	Estudio transversal	Este estudio analiza el papel moderador del afrontamiento evitante (en el embarazo temprano) en la relación entre la DPP y las percepciones maternas sobre las relaciones madre-bebé y la confianza en sí mismo.	Los efectos de la interacción mostraron que el uso de coping evitante en la madre exacerbó el impacto de la DPP en la relación madre-bebé temprana.

Amaral Oliveira, T., et al São Paulo, 2022	Estudio transversal	Detectar la depresión durante el embarazo y en el período posparto inmediato utilizando la EPDS.	Existe una asociación significativa entre la aparición de depresión perinatal y los factores psicosociales antes mencionados. La detección de pacientes con el EPDS durante la atención perinatal y posparto podría facilitar el establecimiento de una línea de atención para mejorar el bienestar de la madre y el bebé.
Tariq, N., et al Pakistan, 2021	Estudio transversal	Estimar la carga de la depresión prenatal y posparto, y explorar posibles predictores de depresión perinatal.	La depresión prenatal se asoció fuertemente con la depresión posparto, lo que indica que la primera fue un predictor significativo de la segunda. También se encontró que la clase social y la paridad están directamente relacionadas con la depresión perinatal.
Toru, T., et al Ethiopia, 2018	Estudio transversal	Evaluar la magnitud de la depresión y los factores asociados entre las mujeres posparto en la ciudad de Mizan Aman, zona de Bench Maji, suroeste de Etiopía 2017.	La magnitud de la depresión posparto era alta, lo cual subraya las necesidades de los planificadores de atención médica de incorporar estrategias de detección de la depresión después del parto.
Dekel, S., et al 2022	Serie de casos.	Examinar la naturaleza de la comorbilidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático relacionado con el parto y la depresión posparto.	Las mujeres posparto sufren una respuesta depresiva de estrés postraumático a raíz de una experiencia de parto traumático. Se justifica una mayor conciencia en la atención posparto de rutina sobre el parto traumático y sus secuelas emocionales asociadas.
Xiong, J., et al 2021	Estudio transversal	Explorar el patrón de las trayectorias de transición natural de DPP.	El apoyo emocional, el apoyo material, el apoyo informativo y la evaluación del apoyo tuvieron asociaciones positivas significativas con la prevención de las transiciones de progresión de DPP.
Lee, YL., et al Taiwan, 2022	Casos y controles	Examinar la asociación de la DPP con el suicidio materno en la población taiwanesa.	La DPP se asoció con una tasa significativamente mayor de suicidio y un tiempo más corto hasta el suicidio después del parto. Se debe observar la depresión subclínica y los síntomas de ansiedad entre los pacientes, como método de prevención del suicidio.
Pham, D., et al Argentina, 2018	Cohorte	Estimar la prevalencia de la depresión en el posparto de 4 semanas utilizando la EPDS en mujeres que dieron a luz en un hospital de maternidad público en Argentina.	Destaca la necesidad de mejorar la detección y una mejor herramienta de diagnóstico para las mujeres con depresión posparto en Argentina y de investigar el impacto de los síntomas depresivos posparto en la salud de las mujeres y sus familias.
Inthaphatha, S., et al Democratic Republic, 2020	Estudio transversal	Determinar la prevalencia de la depresión posparto e identificar los factores asociados con la depresión posparto en la capital de Vientián, República Democrática Popular Lao.	Se debe controlar la salud mental de las mujeres embarazadas y que los servicios de atención médica, especialmente la planificación familiar y la atención de natalidad de apoyo, deben fortalecerse para prevenir la depresión posparto.