

Trabajo Fin de Grado

**ROL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN,
DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA
DEPRESIÓN PERIPARTO**

Curso 2021-2022

Grado en Enfermería



Autora: Minja Inkeri Tuominen

Tutora: Sara Fernández Guijarro

AGRADECIMIENTOS

Quería agradecer en primer lugar a mi tutora Sara, por asesorarme y ayudarme en todo lo que he necesitado. Sin ella no habría podido sacar este trabajo adelante.

En segundo lugar, quisiera darle las gracias a María Candelas Gil, por su ayuda y consejos para la realización de un Trabajo Fin de Grado.

Finalmente, le doy las gracias también a mi madre, a mi pareja y a mis amigas, por apoyarme y darme ánimos cuando más lo he necesitado.

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	3
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1. Antecedentes históricos, concepto y epidemiología.....	6
1.2. Diferencias entre depresión postparto, tristeza postparto o baby blues y psicosis puerperal.	8
1.3. Etiología.....	8
1.4. Justificación.....	9
1.5. Propósito del trabajo.....	12
2. METODOLOGÍA	13
2.1. Criterios de inclusión y exclusión.	13
2.2. PubMed.....	14
2.3. Cuiden.....	15
2.4. Cochrane.....	15
2.5. Cinahl.....	16
2.6. Scielo.	17
2.7. Otras fuentes de datos.....	17
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
3.1. Prevalencia de la depresión maternal.	32
3.2. Factores de riesgo de la depresión periparto.....	33
3.3. Rol de enfermería en la depresión periparto.....	34
3.3.1. Rol de la enfermera en la prevención de la DPP.	34
3.3.2. Rol de la enfermera en la detección de la DPP.	37
3.3.3. Rol de la enfermera en el tratamiento de la DPP.	40
3.4. Dificultades en el abordaje de la depresión periparto.....	44
4. CONCLUSIONES	47
5. BIBLIOGRAFÍA	49
6. ANEXOS	55
Anexo 1. Mapa de la prevalencia global de la depresión postparto.	55
Anexo 2. Prevalencia de la DPP en 40 países obtenida a través de un metaanálisis.	56
Anexo 3. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	57
Anexo 4. Clasificación de Hale de los fármacos según el nivel de riesgo para el lactante	57

ACRÓNIMOS

DPP: Depresión postparto

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades 11^a versión

EpS: Educación para la salud

Decs: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

EE. UU.: Estados Unidos

APP: Atención primaria pediátrica

EPDS: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

MBI: Mother-Baby Interaction

CARE: Communicating and Relating Effectively

DPN: Depresión perinatal

TCC: Terapia cognitivo conductual

HUMS: Hospital Universitario Miguel Servet

RNAO: Registered Nurse's Association of Ontario

PHQ9: Cuestionario sobre la Salud del Paciente

BDI: Inventario de Depresión de Beck

PDSS-SF: Escala de Depresión Posparto

ACOG: Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos

TIP: Terapia interpersonal

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

RESUMEN

Introducción: la depresión periparto es un trastorno del estado de ánimo de etiología multifactorial que se puede manifestar desde el embarazo hasta un año después del nacimiento del bebé. Sigue siendo un trastorno infradiagnosticado, infratratado, estigmatizado y desconocido por la sociedad, a pesar de su alta prevalencia. Produce consecuencias en la madre y la familia, siendo esencial tanto la prevención como la detección precoz y el inicio temprano del tratamiento adecuado.

Objetivo: determinar el papel de los profesionales de enfermería en la prevención, la detección y el tratamiento de la depresión periparto.

Metodología: se realizó una revisión narrativa, y para ello se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden, Cochrane, Cinahl y Scielo. Las estrategias de búsqueda se basaron en lenguaje controlado, y en ocasiones en lenguaje libre, y se construyeron con el operador booleano “AND”.

Resultados: se seleccionó un total de 30 artículos pertenecientes a los años 2017-2021, aunque se hizo alguna excepción. También se utilizaron otras fuentes de información.

Discusión: las enfermeras pueden realizar diferentes intervenciones efectivas para el abordaje de este trastorno. La prevención abarca estrategias como la educación para la salud. La detección se puede lograr a través del cribado y la identificación de síntomas y factores de riesgo. El tratamiento debe ser individualizado e incluye intervenciones psicoeducativas, psicoterapéuticas y farmacológicas, entre otras.

Conclusiones: los profesionales de enfermería tienen un rol imprescindible en la atención integral de la depresión maternal dentro del equipo multidisciplinar de trabajo. Sin embargo, hay barreras que lo dificultan, enfatizándose la necesidad de que las enfermeras tengan mayor formación en la depresión periparto.

Palabras clave: depresión periparto, enfermería, maternidad, salud mental.

ABSTRACT

Introduction: peripartum depression is a mood disorder caused by multifactorial etiology that can be manifested from pregnancy up to one year after the birth of a baby. It remains to be underdiagnosed, undertreated, stigmatized and unknown disorder by society, despite its high prevalence. It has consequences for the mother and the family, being essential both prevention and early detection and early initiation of appropriate treatment.

Objective: to determine the role of nursing professionals in the prevention, detection and treatment of peripartum depression.

Method: a narrative review was carried out and in order to that a bibliographic search was made in the databases PubMed, Cuiden, Cochrane, Cinahl and Scielo. The search strategies were based on controlled language and sometimes on free language and they were constructed with the boolean operator “AND”.

Results: a total of 30 articles belonging to the years 2017-2021 were selected, although some exceptions were made. Other sources of information were also used.

Discussion: nurses can provide a variety of effective interventions to manage this disorder. Prevention includes strategies such as health education. Detection can be achieved through screening and the identification of symptoms and risk factors. Treatment should be individualized and it includes psychoeducational, psychotherapeutic and pharmacological interventions, among others.

Conclusions: nurses have an indispensable role in the integral care of maternal depression within the multidisciplinary work team. However, there are barriers that make it difficult, emphasizing the need for nurses to have more training in peripartum depression.

Key words: peripartum depression, nursing, maternity, mental health.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes históricos, concepto y epidemiología.

La primera referencia de la depresión postparto (DPP) como enfermedad fue realizada por la médica y profesora Trótula de Salerno en el siglo XI, que en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum* explicaba la relación entre el útero y el cerebro (1, 2).

En el año 1818 el psiquiatra francés Jean Esquirol mencionó el caso de una mujer que tuvo depresión en sus cinco embarazos. Más adelante, en 1858, el psiquiatra Louis Victor Marcé apuntaba que el estado de ánimo maternal se veía influenciado por los cambios fisiológicos puerperales (1, 2).

En 1968 Pitt describió por primera vez la depresión postparto como una depresión atípica, caracterizada por ser una depresión leve con sintomatología ansiosa, labilidad emocional, irritabilidad, confusión, entre otros (1, 2).

En los años 70, en unos estudios poblacionales basados en entrevistas y en criterios diagnósticos operativos, se hace referencia a la depresión postparto como un episodio de depresión mayor. Sin embargo, fue en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV y en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, cuando se mencionaron por primera ocasión los trastornos mentales del periodo postparto (1, 3).

En el DSM-IV se describía que la depresión podía tener un especificador de inicio en el posparto, es decir, tras las cuatro primeras semanas después del parto (3).

No obstante, en 2013, con la publicación del DSM-V, este especificador de inicio pasa de llamarse posparto a periparto. El comienzo de la depresión periparto abarca desde el inicio del embarazo hasta cuatro semanas después del parto. Este cambio se debe a que la mitad de los episodios de depresión mayor comienzan antes del parto. Además, según este manual, la depresión periparto tiene los mismos criterios de diagnóstico que el trastorno depresivo mayor, con la diferencia de que los síntomas ocurren durante el periodo perinatal (5).

De acuerdo con el DSM-V (5), para que se de un episodio de depresión mayor, deben de haber estado presentes al menos cinco de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, siendo necesario que al menos aparezca uno de los dos primeros síntomas:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo.
- Falta de interés o placer por casi todas las actividades.
- Disminución relevante del peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentirse inútil o culpable de forma excesiva o inapropiada. Las mujeres por ejemplo pueden sentirse culpables porque piensan que no están ejerciendo su rol de madre adecuadamente (6).
- Disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, o de la toma de decisiones.
- Tener pensamientos de muerte o ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o un plan para llevarlo a cabo.

En la depresión periparto también pueden aparecer pensamientos obsesivos, como por ejemplo obsesionarse por la salud de bebé, o tener miedo de hacer daño al bebé (7-9).

Además, según estudios, en comparación con mujeres que padecen una depresión en otro periodo de la vida, las mujeres con depresión posparto tienen mayor porcentaje de agitación psicomotora, indecisión y falta de concentración (1, 10).

El CIE-11 lo categoriza según el código 6E20 “Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos” como un síndrome cuyo inicio suele ser dentro de las seis semanas tras el parto que se caracteriza sobre todo por la presencia de síntomas depresivos, destacando que en esta categoría no se encuentra la tristeza postparto (4).

A pesar de estas definiciones, la depresión postparto puede producirse después de las 4-6 semanas tras el parto, así que en la práctica clínica el periodo de aparición de este trastorno se amplía hasta el primer año de vida del bebé (11, 12).

Con respecto a la prevalencia mundial de la DPP, según dos metaanálisis realizados en 2018 y 2021, esta gira en torno al 17%. Sin embargo, los datos varían de un estudio a otro, por lo que posteriormente se analizará de forma más detallada la prevalencia de este trastorno (13, 14).

1.2. Diferencias entre depresión postparto, tristeza postparto o baby blues y psicosis puerperal.

Para poder comprender la DPP, en primer lugar, es importante diferenciarla de otros trastornos mentales que se pueden producir en el embarazo y/o en el periodo postparto.

La tristeza postparto es una alteración del estado anímico leve que se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, tristeza, llanto fácil, ansiedad, entre otros síntomas. La experimentan sobre todo madres primerizas entre el segundo y tercer día tras dar a luz y la prevalencia global es aproximadamente de un 40%, por lo que es común. A diferencia de la depresión periparto, no suele requerir tratamiento médico ya que el cuadro se suele resolver con el apoyo de la familia, acudiendo a grupos de apoyo mutuo o incluso de forma espontánea (7, 10, 15-17).

Otro trastorno menos frecuente pero más grave, requiriendo ingreso hospitalario en la mayoría de los casos, que puede producirse en el puerperio es la psicosis postparto (1, 15-17). Se trata de un episodio afectivo psicótico que suele manifestarse a las pocas horas o días después del parto (1). La sintomatología se caracteriza por la presencia de alteraciones del estado de ánimo eufóricas, depresivas o mixtas; y pensamientos delirantes y/o alucinaciones visuales y auditivas (1, 6, 16).

1.3. Etiología.

La teoría más importante de la causa de la depresión es la hipótesis monoaminérgica, que apunta que la sintomatología depresiva se produce por un desequilibrio de los neurotransmisores cerebrales (serotonina, noradrenalina y dopamina) (18).

Sin embargo, diversas fuentes coinciden en que no se conoce la causa exacta de la depresión postparto, siendo la etiología multifactorial (1, 7, 12, 15, 16, 31).

El modelo general de vulnerabilidad frente al estrés trata de explicar la aparición de la depresión postparto a través de tres formas (1):

- **Vulnerabilidad genética.** Existe en torno a un 25% de probabilidad de heredar la DPP (1, 12). No existe una variante específica precursora de la DPP, pero hay asociación entre las variantes de la depresión mayor y la manifestación de DPP (16). Además, algunos autores han investigado que, en el periodo postparto, el triptófano, que ayuda a producir serotonina, está disminuido y esto produce síntomas depresivos (1).

- **Vulnerabilidad neurohormonal.** Durante el embarazo se produce un aumento de los niveles de progesterona y estradiol, pero en el alumbramiento hay un marcado descenso de dichas hormonas, originando síntomas depresivos y un estado de ánimo negativo que se relaciona con la DPP (1, 16). Sin embargo, no se ha podido demostrar una relación causal de esto (7).

Las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal que surgen en el embarazo, la hipótesis inflamatoria, la hipótesis de las disfunciones del tiroides en el puerperio y la inhibición de la melatonina también están asociadas con síntomas de la depresión (1, 7). La alteración del cortisol durante el embarazo y el puerperio también podría repercutir de alguna forma en la DPP (7).

- **Vulnerabilidad cognitiva.** Algunos rasgos de personalidad como el neuroticismo (inestabilidad emocional) (1, 16, 19), el perfeccionismo (1, 19) o una personalidad de evitación del daño (1) pueden ser factores de riesgo para la experimentación de DPP. El estilo cognitivo y las estrategias de afrontamiento también pueden influir (1).

Existen otros múltiples factores de riesgo que incrementan la probabilidad de padecer depresión periparto, que se describirán más adelante.

1.4. Justificación.

La maternidad, a diferencia de lo que la sociedad puede pensar, no siempre es un periodo de alegría y felicidad para todas las mujeres (16, 20), ya que el nacimiento de un bebé es un acontecimiento vital en el que se producen cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales a los que la madre se tiene que adaptar, y esto puede ser estresante (16, 21). Por tales razones, podemos afirmar que la maternidad es una etapa de vulnerabilidad, ocasionando una mayor predisposición para la aparición de trastornos que afectan a la salud mental (21, 22).

La depresión periparto se considera un problema de salud pública dada su alta prevalencia, los costes que genera y por las consecuencias que puede causar tanto en la madre como en el bebé (7, 11, 23- 26). Además, las consecuencias también pueden afectar a la pareja y, por tanto, a todo el núcleo familiar (6, 16, 21, 23, 24, 27).

Haciendo referencia a la madre, algunos artículos indican que la depresión posparto es una de las causas más importantes de muerte materna en el periodo perinatal (28, 29). Entre las consecuencias de la DPP se encuentra la ideación suicida e incluso el suicidio

maternal (11, 16, 18, 25, 27, 30, 31), aunque la tasa de suicidio es relativamente baja cuando la depresión no es psicótica (2). Sin embargo, el suicidio es una de las principales causas de muerte durante el primer año tras el parto y se relaciona estrechamente con la depresión, por lo que explorar la presencia de ideas suicidas es relevante para los profesionales sanitarios (7, 17).

El distanciamiento social, los trastornos del sueño, la aparición o empeoramiento de la violencia de pareja y el abuso de sustancias son otras consecuencias que puede producir este trastorno (6, 18).

En lo que concierne al bebé, hay diversas consecuencias a corto y largo plazo que pueden afectar a su salud. Se ha observado que los/as hijos/as de madres con depresión posparto sufren consecuencias a nivel conductual, socioemocional y cognitivo que son más difíciles de tratar una vez que el/la niño/a va creciendo (6, 12, 16, 20, 26, 30, 32).

Se ha investigado que estos niños tienen peor rendimiento escolar, menores habilidades sociales (por ejemplo, ser menos cooperativo con las demás personas) y una baja autoestima. También presentan más trastornos de la conducta (baja tolerancia a la frustración, escaso control de la agresividad, etc.) y problemas físicos como problemas para comer y dormir, que pueden llegar a ocasionar un retraso en el crecimiento (16, 32). Estos niños también se encuentran en riesgo de sufrir consecuencias a nivel de su salud mental (27).

Asimismo, varios artículos coinciden en que la DPP puede generar trastornos del vínculo entre la madre y el bebé (1, 16, 18, 20, 32). Esto ocurre debido a que las madres con DPP pueden ser menos sensibles y receptivas al interactuar con el bebé (32), y mostrar indiferencia y rechazo hacia sus hijos (1). Estos cambios en la capacidad de las madres de cuidar a sus hijos pueden derivar incluso en negligencia (11, 16, 33).

Es importante mencionar también que en los casos graves de DPP, una consecuencia infrecuente pero fatal es el infanticidio (18, 25, 31, 33).

Por otra parte, la DPP no solo se manifiesta en mujeres, sino que además existe la depresión posparto paterna (7, 12, 16, 34). Los síntomas experimentados son similares en ambos sexos, pero no iguales; los padres por ejemplo pueden presentar agresividad o irritabilidad (12, 34). Además, algunos hombres con depresión postnatal han referido sentir angustia y resentimiento hacia el bebé, y descuido en la relación de pareja (16). De hecho, el riesgo de que el padre sufra esta alteración aumenta si la madre sufre depresión

periparto (16). Aunque según otros autores, no es tanto el diagnóstico de depresión perinatal de una de las parejas lo que asciende el riesgo, sino la calidad de la relación de pareja tras el nacimiento del bebé. Si por ejemplo en la relación pasa a haber falta de apoyo entre los miembros, la probabilidad de experimentar DPP es mayor (2, 12).

También cabe mencionar que se trata de un problema de salud mental que está infradetectado e infratratado (6, 7, 17, 21, 23, 24, 33). Si no se trata adecuadamente, puede convertirse en un problema crónico o repetirse en el futuro (6, 15, 21). Además, para evitar las consecuencias mencionadas anteriormente, es esencial la prevención, la detección temprana y la instauración del tratamiento más pertinente (8, 10, 17-19).

Sin embargo, existen varias razones por las que una mujer no busque ayuda, como por la falta de conocimiento sobre este trastorno (15, 18, 33). Otras mujeres no se atreven a contar cómo se sienten por el estigma social y/o por vergüenza, debido a que en la sociedad no está normalizado que una mujer pueda sufrir depresión durante el embarazo o después de éste (7, 18, 24). En otros casos puede existir miedo a que intervengan los servicios sociales o a perder la tutela del bebé (8, 18, 24). Según la literatura, un deficiente apoyo social y económico, y un acceso inapropiado a los servicios sanitarios también dificulta que las mujeres busquen ayuda (18).

En el periodo perinatal, debido a que las mujeres tienen mayor contacto con los servicios sanitarios (33, 35), los profesionales de enfermería deben aprovechar esta oportunidad para realizar educación para la salud (EpS) a las pacientes, además de prevenir, detectar y tratar la depresión periparto, y derivar a las madres en caso necesario a otros servicios y/o profesionales de la salud (16, 18, 30, 33, 36).

No obstante, varios artículos aseguran que existe falta de conocimiento y conciencia sobre este trastorno por parte de los profesionales de enfermería (17, 27, 33, 37, 38, 39).

Parece ser que las enfermeras tampoco tienen claro cuál es su papel en la detección, valoración y manejo de la DPP (33, 40). Incluso se ha visto que algunos profesionales de enfermería le restan importancia al rol y la responsabilidad que tienen en el abordaje de la depresión posparto (33).

Finalmente, también es preciso destacar que todavía existe escasa investigación sobre diferentes aspectos de la DPP (15, 16), y sobre todo en el contexto de la enfermería (31, 41).

1.5. Propósito del trabajo.

El objetivo principal de este trabajo es conocer cuál es el papel de los profesionales de enfermería en la prevención, detección y tratamiento de la depresión periparto.

Los objetivos secundarios son los siguientes:

- Especificar la prevalencia de la DPP en España, Europa y a nivel mundial.
- Describir los factores de riesgo de la depresión posparto.
- Analizar las dificultades que tienen los profesionales de enfermería en la gestión y manejo de la DPP.

2. METODOLOGÍA

Se decidió realizar una revisión narrativa para poder dar respuesta a los objetivos planteados. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Cuiden, Cinahl, Cochrane y Scielo. También se utilizaron otras fuentes de información.

A continuación, se pasó el lenguaje libre a lenguaje controlado a través de los tesauros Decs y MeSH.

Lenguaje libre	Decs	MeSH
Depresión postparto	Depresión posparto	Depression, postpartum
Enfermería	Enfermería	Nursing
Rol de enfermería	Rol de la enfermera	Nurse's role

Tabla 1. Terminología Decs y Mesh. Fuente: elaboración propia.

También se realizaron búsquedas bibliográficas con las palabras clave “depresión periparto” y “depresión perinatal”, ya que para estos conceptos no se encontró terminología en lenguaje controlado.

La búsqueda principal fue la siguiente: “Depression postpartum” AND “Nursing”, que se intentó realizar en todas las bases de datos seleccionadas.

Para la realización de las búsquedas, se utilizó sobre todo el operador booleano “AND”, con el fin de que las búsquedas fueran más concisas y concretas.

2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Para una mayor precisión, se establecieron diferentes criterios de inclusión y exclusión. (Ver Tabla 2)

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Población adulta.	Artículos que no incluyeran información que diese respuesta a los objetivos planteados.
Artículos comprendidos entre los últimos 5 años (2017-2021).	Artículos en los que las intervenciones realizadas no incluyeran a profesionales de enfermería.
Artículos en inglés, español, portugués y francés.	Artículos que solo hicieran referencia a otros trastornos mentales del periodo perinatal como por ejemplo la ansiedad.

Artículos que hicieran referencia a la depresión prenatal, postparto y/o periparto (desde el embarazo hasta un año después del parto).	Intervenciones enfermeras que fuesen realizadas únicamente en población adolescente.
--	--

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: elaboración propia.

2.2. PubMed.

En primer lugar, se realizó la búsqueda en PubMed, adscrita a la base de datos MEDLINE, que es la base de datos más importante de investigación biomédica. PubMed ofrece la realización de búsquedas en miles de revistas de Estados Unidos y en más de 70 países a nivel mundial (42).

Se realizaron cuatro diferentes búsquedas bibliográficas con los términos MeSH “Depression postpartum”, “Nursing” y “Nurse’s role”. También se realizaron búsquedas con las palabras clave “perinatal depression” y “peripartum depression”.

Las búsquedas efectuadas pueden observarse en la Tabla 3.

Estrategia de búsqueda	("Depression, Postpartum" [Mesh]) AND ("Nursing" [Mesh])	(perinatal depression) AND ("Nursing" [Mesh])	("Depression, Postpartum" [Mesh]) AND ("Nurse's Role" [Mesh])	peripartum depression AND ("Nursing" [Mesh])
Nº total de artículos encontrados	419	140	135	3
Nº de artículos encontrados tras la aplicación de filtros	29	37	8	1
Nº de artículos seleccionados tras la lectura del título y/o el resumen	20	23	6	1
Nº de artículos elegidos tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión	18	11	3	1
Nº de artículos elegidos tras la eliminación de artículos repetidos	18	5	3	0

N° final de artículos seleccionados	12	4	1	0
--	----	---	---	---

Tabla 3. Búsqueda bibliográfica realizada en PubMed. Fuente: elaboración propia.

2.3. Cuiden.

En esta base de datos, al tratar de realizar búsquedas avanzadas, no se encontraron artículos. Por ejemplo, al realizar las siguientes búsquedas: “Depresión posparto” AND “Enfermería”; “Depresión postparto” AND “Enfermería”; “Depresión posparto” AND “Rol de la enfermera”, no se generó ningún resultado.

Por tanto, en la búsqueda normal, se buscó “depresión posparto enfermería” y “depresión posparto enfermería”. (Ver Tabla 4)

Estrategia de búsqueda	“depresión postparto enfermería”	“depresión posparto enfermería”
N° total de artículos encontrados	37	24
N° de artículos encontrados tras la aplicación de filtros	11	9
N° de artículos seleccionados tras la lectura del título y/o el resumen	7	5
N° de artículos elegidos tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión	6	4
N° de artículos elegidos tras la eliminación de artículos repetidos	6	0
N° final de artículos seleccionados	6	0

Tabla 4. Búsqueda bibliográfica realizada en Cuiden. Fuente: elaboración propia.

2.4. Cochrane.

En la Biblioteca Cochrane se realizaron 3 búsquedas diferentes, y en una de ellas se utilizó el subencabezamiento “Nursing – UN”. (Ver Tabla 5)

Estrategia de búsqueda	MeSH descriptor: [Depression,	[Depression, Postpartum]	MeSH descriptor: [Depression,

	Postpartum] AND MeSH descriptor: [Nursing]	explode all trees and with qualifier(s): [nursing - NU]	Postpartum] AND MeSH descriptor: [Nurse's Role]
Nº total de artículos encontrados	36	15	3
Nº de artículos encontrados tras la aplicación de filtros	2	1	0
Nº de artículos seleccionados tras la lectura del título y/o el resumen	2	1	0
Nº de artículos elegidos tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión	0	1	0
Nº de artículos elegidos tras la eliminación de artículos repetidos	0	1	0
Nº final de artículos seleccionados	0	1	0

Tabla 5. Búsqueda bibliográfica realizada en Cochrane. Fuente: elaboración propia.

2.5. Cinahl.

En la primera búsqueda de la base de datos Cinahl (Depression, postpartum AND Nursing) se añadieron los siguientes términos como filtro en la materia (título principal): “depression pospartum”, “mothers”, “nursing care”, con el fin de especificar más la estrategia de búsqueda, ya que si no el número total de artículos era muy amplio.

En la segunda estrategia de búsqueda realizada (Postpartum depression AND Nurse’s role) también se añadió el término “depression, postpartum” en la materia.

Estrategia de búsqueda	Depression, postpartum AND Nursing	Postpartum depression AND Nurse’s Role
Nº total de artículos encontrados	764	35

N° de artículos encontrados tras la aplicación de filtros	2	7
N° de artículos seleccionados tras la lectura del título y/o el resumen	2	6
N° de artículos elegidos tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión	2	6
N° de artículos elegidos tras la eliminación de artículos repetidos	1	4
N° final de artículos seleccionados	0	1

Tabla 6. Búsqueda bibliográfica realizada en Cinahl. Fuente: elaboración propia.

2.6. Scielo.

Se realizaron 5 diferentes búsquedas en Scielo (ver Tabla 7), pero no se seleccionó ningún artículo ya que no habían sido publicados en los últimos 5 años, y tras leer el título y resumen de los artículos tampoco se encontró ninguno que fuera de especial interés para hacer una excepción.

Estrategia de búsqueda	Depresión postparto AND Enfermería	Depresión posparto AND Enfermería	Depresión periparto AND Enfermería	Depresión postparto AND Rol enfermería	Depresión postparto
N° total de artículos encontrados	2 resultados	1 resultado	0	0	3
N° final de artículos seleccionados	0	0	0	0	0

Tabla 7. Búsqueda bibliográfica realizada en Scielo. Fuente: elaboración propia.

2.7. Otras fuentes de datos.

También se consultaron otras fuentes de información. (ver Tabla 8)

Fuente	Documentos elegidos
Libros	2

Google Académico	1
Guías de buena práctica	1
Teseo/TDX	1

Tabla 8. Otras fuentes de datos consultadas. Fuente: elaboración propia.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Finalmente, se seleccionaron un total de 30 artículos; 27 de ellos se obtuvieron de las bases de datos, y 3 de ellos de otras fuentes de información.

Los artículos elegidos están comprendidos entre los años 2017-2021 a excepción de un artículo y una tesis que son del año 2013, y otro artículo es del 2022. La mayoría de los artículos seleccionados fueron publicados en el año 2021 (8 artículos), seguidos de los años 2020 (7 artículos), 2019 (6 artículos), 2018 (4 artículos) y 2017 (2 artículos).

Se encontraron múltiples tipos de artículos; siendo los más frecuentes las revisiones (bibliográficas, integrativas, panorámicas, sistemáticas) (9, 10, 12, 16, 21, 31, 37, 38, 41, 43, 46), los estudios descriptivos (17, 30, 32, 33, 45) y los ensayos controlados aleatorizados (22, 25, 47).

La mayoría de los artículos encontrados fueron realizados en Europa y EE. UU. En concreto, 7 artículos elegidos fueron realizados en España.

Europa	11
América del Norte	11
China	3
América del Sur	3
Oceanía	1
Asia	1

Tabla 9. Artículos encontrados según continentes en los que fueron realizados. Fuente: elaboración propia.

A continuación, se puede observar un diagrama de flujo que resume la selección de artículos que se ha realizado. (Ver Diagrama 1)

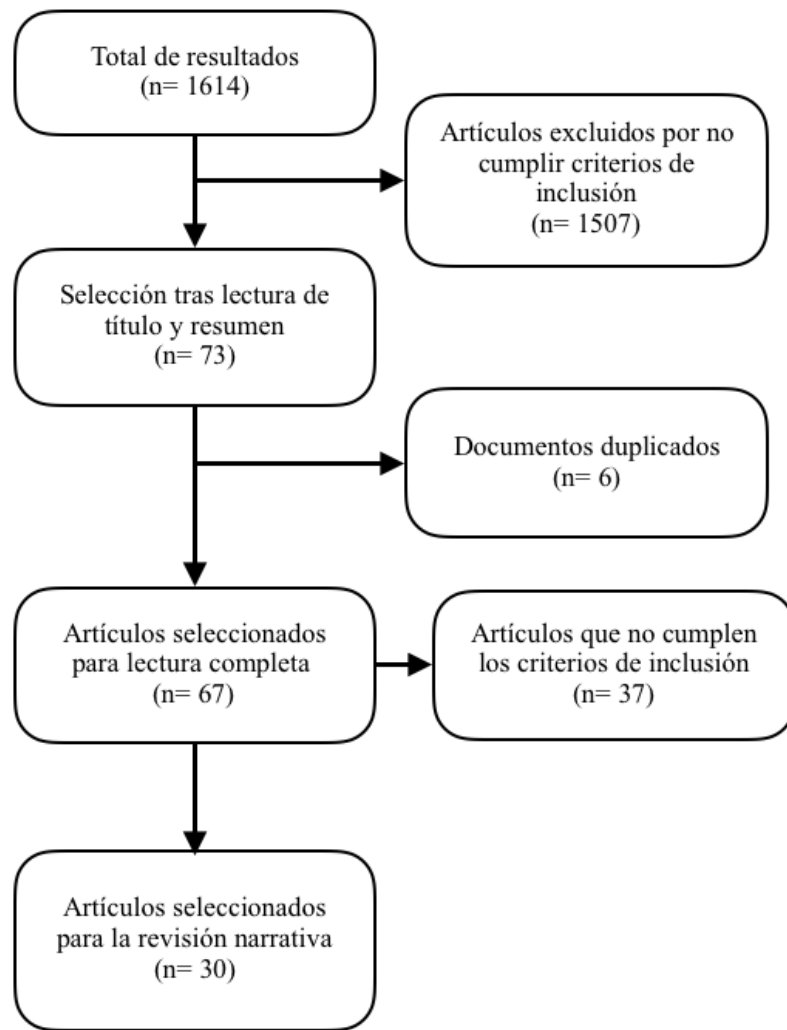


Diagrama 1. Proceso de selección de artículos. Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 10 se muestra un resumen de los artículos que se van a analizar.

Autores y año	País	Tipo de estudio	Muestra	Tema principal	Aspectos más destacados
Zhang S, Lu Z, Kang X, Zhang X. 2020	China.	Ensayo clínico aleatorizado.	100 mujeres primíparas (el grupo control (N: 50) recibió atención de enfermería rutinaria y el grupo intervención (N: 50) recibió una atención de enfermería rehabilitadora más en profundidad.	Análisis del efecto que tiene la rehabilitación enfermera en el manejo de la depresión postparto.	El grupo de la intervención a los 42 días tuvo una mayor puntuación en la escala de apoyo social, menor incidencia de DPP y mayor eficacia personal. El rol principal de la enfermera es la escucha reflexiva y ayudar a la madre en la adaptación al nacimiento del bebé.
Limandri BJ. 2019	EE. UU.	Artículo informativo.		Poner en conocimiento cuál es la epidemiología, las consecuencias a largo plazo, la neurobiología y las diferentes opciones de tratamiento de la DPP.	Es esencial la identificación temprana de la DPP mediante el cribado universal. Para la depresión leve, la psicoterapia o la terapia de apoyo grupal, junto con la farmacoterapia o sin ella, se consideran efectivas, y debería ser tratamiento de primera línea de enfermería. Para la DPP moderada y severa, la mejor opción de tratamiento son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Las enfermeras de salud mental pueden llevar a cabo diferentes intervenciones frente a la DPP.

<p>Saleh ZT, Elsharat RA, Ebeid IA, Aljohani MS, Al-Za'areer MS, Alhujaili AD, et al.</p> <p>2020</p>	<p>Arabia Saudí.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal.</p>	<p>181 enfermeras y 141 matronas de hospitales públicos y privados y centros de atención primaria de una ciudad del noroeste del país.</p>	<p>Investigación de las opiniones de las enfermeras y matronas sobre su rol en el cuidado de la DPP.</p>	<p>Existe una falta de conocimiento y experiencia entre las profesionales de enfermería en el cuidado de mujeres con DPP, siendo necesario una mayor formación sobre este trastorno mental.</p> <p>Las participantes de este estudio le restaron importancia a su rol en la prevención, detección, evaluación y manejo de la DPP, cuando realmente pueden desempeñar un papel importante en estos ámbitos.</p>
<p>Magdalena CD, Tamara WK.</p> <p>2020</p>	<p>Polonia.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal.</p>	<p>111 matronas polacas de diferentes ciudades del país.</p>	<p>Evaluar el conocimiento de las matronas sobre la depresión prenatal y postnatal.</p>	<p>Desde 2019, en este país es obligatorio la monitorización por parte de matronas y otros profesionales de salud de la salud mental de las mujeres en el embarazo y el puerperio.</p> <p>Las matronas no están adecuadamente preparadas para ejercer esta nueva responsabilidad por un conocimiento deficiente sobre la depresión prenatal y postnatal.</p> <p>Las matronas tienen un papel importante en el apoyo a las mujeres embarazadas y puérperas con problemas de salud mental o en riesgo de tenerlos.</p>
<p>Sorg M, Coddington J, Ahmed A, Richards E.</p> <p>2019</p>	<p>EE. UU.</p>	<p>Proyecto de mejora de calidad.</p>	<p>Enfermeras de un centro de salud rural de Indiana.</p>	<p>Mejorar el cribado de la DPP en el ámbito de atención primaria pediátrica (APP).</p>	<p>La detección de la DPP a través de una herramienta de detección estandarizada como la EPDS (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo) por parte de las enfermeras en los centros de APP en las revisiones del niño sano (1, 2 y 6 meses) es factible y puede ayudar a identificar a madres en riesgo de sufrir este</p>

					trastorno, detectar síntomas de forma temprana e iniciar las intervenciones oportunas.
Lewis NL. 2020	EE. UU.	Intervención educativa.	26 enfermeras de un hospital regional de Georgia.	Evaluación de una intervención educativa sobre DPP para determinar su validez en la práctica enfermera.	Las enfermeras perinatales tienen un rol indispensable en educar a las pacientes sobre los signos y síntomas de la DPP y cómo actuar en caso de presentar estos síntomas, consiguiendo así una detección y tratamiento precoz de la DPP. Es más probable que las enfermeras perinatales realicen educación para la salud sobre DPP a las pacientes cuando tienen mayor conocimiento y confianza sobre el tema.
Logsdon MC, Vogt K, Winders Davis D, Myers J, Hogan F, Eckert D, et al. 2018	EE. UU.	Estudio descriptivo longitudinal.	101 madres: madres con alto riesgo de sufrir DPP (puntuación \geq 10 en EPDS) y madres con bajo riesgo de sufrir DPP (puntuaciones $<$ 10 en EPDS) de una unidad materno-infantil de un centro académico de ciencias de la salud.	Evaluar la aceptabilidad por parte de las madres acerca del cribado y educación sobre recursos comunitarios de la DPP realizada por enfermeras perinatales.	El cribado y detección de la DPP antes del alta hospitalaria sería ideal, siendo el cribado de la DPP responsabilidad de enfermeras obstétricas, pediátricas y comunitarias. Las enfermeras tienen un papel fundamental en educar a las nuevas madres antes del alta domiciliaria y asegurar una adecuada derivación y continuación de los cuidados.
Horowitz JA, Posmontier B,	EE. UU.	Estudio descriptivo.	2 casos en el que se emplea la	Descripción de la terapia MBI basada	MBI es una terapia basada en la evidencia que puede ser impartida por enfermeras para moderar las

Chiarello LA, Geller PA. 2019			terapia MBI (Mother-Baby Interaction) en mujeres con DPP y sus bebés.	en la terapia CARE (Communicating and Relating Effectively).	consecuencias que produce sobre todo la DPP en la relación madre-bebé y en el desarrollo infantil.
Alba BM. 2021	EE. UU.	Revisión bibliográfica.		Analizar los riesgos, las consecuencias y el tratamiento de la DPP.	La etiología de la DPP es multifactorial. Las enfermeras tienen diferentes roles en el manejo de la DPP: educación para la salud, valoración del estado psicológico de las madres, cribado, derivación de las madres a otros profesionales y apoyo. Todas las enfermeras deberían ser conscientes y estar formadas sobre el trastorno, y formar parte de la prevención y el tratamiento para disminuir su prevalencia.
Alexandrou F, Sakellari E, Kourakos M, Sapountzi-Krepia D. 2018	Grecia.	Estudio cualitativo.	10 enfermeras domiciliarias de una clínica comunitaria materno-infantil.	Conocer las opiniones de las enfermeras domiciliarias sobre la evaluación, manejo y apoyo a madres con DPP.	Las enfermeras domiciliarias son capaces de detectar casos de DPP, pero necesitan mayor formación. Refieren una falta de protocolos y cuidado basado en la evidencia científica, así como intervenciones para la prevención de DPP. Las enfermeras juegan un papel importante en la prevención de la DPP a través de las visitas a domicilio.
Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. 2021	Noruega.	Estudio cualitativo.	10 enfermeras domiciliarias y 2 matronas de un centro de salud municipal.	Examinar la percepción de matronas y enfermeras de asistencia domiciliar sobre el	La EPDS es una herramienta de cribado bien aceptada que además permite iniciar conversaciones sobre otros problemas que pueden producirse en la maternidad.

				cribado de rutina de la DPP.	La falta de tiempo y las diferencias culturales fueron algunas de las barreras apreciadas.
Wang TH, Pai LW, Tzeng YL, Yeh TP, Teng YK. 2021	China.	Metaanálisis.	Mujeres en el periodo perinatal (desde el embarazo hasta un año después del parto) en riesgo o no de padecer DPP.	Evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas realizadas por enfermeras y matronas para la depresión perinatal (DPN).	Las intervenciones psicológicas impartidas por profesionales de enfermería reducen los síntomas de la DPN. La intervención más eficaz fue el ‘supportive counselling’ (orientación no directiva).
Bayrampour H, Hapsari AP, Pavlovic J. 2018	Canadá.	Revisión integrativa.	Estudios que incluyeran como objetivo principal o secundario las barreras que existen en cuanto al cribado, derivación y manejo de problemas de salud mental en el periodo perinatal.	Determinación de las barreras percibidas por las matronas sobre el cribado, derivación y manejo de problemas de salud mental en el periodo perinatal.	Obstáculos como la falta de tiempo, actitudes que le restan importancia a los problemas de salud mental perinatales, falta de conocimiento y entrenamiento, falta de protocolos sobre la detección de DPP, opciones de derivación poco claras, falta de continuidad de los cuidados, etc., dificultan la adopción del rol de la matrona frente a la DPP.
Coates D, Foureur M. 2019	Australia.	Revisión panorámica o scoping review.	Estudios que incluyeran el rol de matronas en el manejo y tratamiento de problemas de	Conocer la evidencia de la provisión por parte de matronas de intervenciones de salud mental en las	Las matronas tienen un importante rol en el abordaje y atención de la salud mental, y no solo en la detección y derivación. Intervenciones de orientación no directiva realizadas por enfermeras demuestran buenos resultados.

			salud mental en el periodo perinatal.	mujeres en el periodo perinatal.	Las matronas tienen interés en ofrecer cuidados de la salud mental de las mujeres, pero la falta de confianza, conocimiento y entrenamiento lo impiden.
Gillis BD, Holley SL, Leming-Lee TS, Parish AL. 2019	EE. UU.	Proyecto de mejora de calidad.	16 matronas de un centro médico universitario.	Implementación de un paquete de medidas de atención estándar de la depresión perinatal para ayudar a las matronas a educar a las mujeres sobre DPN y derivarlas a servicios de salud mental si lo precisan.	Usar un enfoque sistemático de la DPN para educar y proporcionar recursos a las mujeres reduce la variabilidad, puede eliminar el estigma hacia este trastorno y, por consiguiente, hace que las mujeres se sientan empoderadas y puedan buscar ayuda antes de que la DPN sea grave.
Sousa TPP, Oliveira LP, Pereira JR, Carvalho RL, Barbosa T, Teixeira BT. 2022	Brasil.	Revisión integrativa.	Artículos que comprendieran información sobre la importancia y el desempeño del rol de la enfermera en la DPP.	Conocer la relevancia y cómo se desempeña el rol de la enfermera frente a la DPP.	Los profesionales de enfermería deben identificar a mujeres con riesgo de sufrir DPP, por lo que han de tener un conocimiento amplio de la DPP (sobre todo de los factores de riesgo) y contar con recursos que la permitan detectar precozmente.

Domínguez Mejías M. 2021	España.	Caso clínico.	Caso de una mujer de 32 años con diagnóstico de DPP atendida en un centro de salud por una matrona.	Exponer el caso de una madre con DPP para describir la importancia del rol de la matrona en la prevención y tratamiento.	Una de las profesionales más adecuadas para tratar la DPP es la matrona por su cercanía a la mujer en todo el proceso de maternidad. Las enfermeras en las plantas de puérperas pueden detectar la DPP. Es recomendable realizar grupos de apoyo psicológico desde Atención Primaria. La matrona puede derivar a las pacientes en caso necesario a otros profesionales de la salud.
Guerra-Martín MD, Guillén-Gallego I. 2021	España.	Revisión bibliográfica.	Estudios que incluyeran el uso del mindfulness en el embarazo, parto y postparto.	Analizar la efectividad del mindfulness en el embarazo, parto y periodo postparto.	El mindfulness puede disminuir la depresión en gestantes, aunque hay estudios que refieren lo contrario.
De Molina Fernández MI, Ferre Grau C, Vargas Porras C. 2021	España.	Narrativa clínica.	Mujer de 35 años diagnosticada de DPP.	Descripción del caso de una mujer de 35 años que recibió sesiones de terapia cognitiva conductual cognitiva (TCC) por parte de una matrona.	Las intervenciones psicológicas como la TCC son cada vez más habituales para la prevención y tratamiento de la DPP, siendo importante que las enfermeras se formen en este tipo de terapias para ayudar a mujeres con DPP. La terapia en este caso fue efectiva.
Marmi Camps M. 2017	España.	Revisión bibliográfica.	Se incluyeron estudios que trataran la depresión maternal en el periodo posparto.	Descripción de las intervenciones en la prevención, detección y tratamiento de la DPP.	El rol de la enfermera es fundamental en la prevención, detección y tratamiento de la DPP. Las enfermeras son las profesionales más adecuadas para detectar este trastorno.

Silva JF da, Nascimento MFC, Silva AF da, Oliveira OS de, Santos EA, Ribeiro FMSS, et al. 2020	Brasil.	Revisión bibliográfica.	Artículos que incluyeran información sobre la prevención y cuidado enfermero en la DPP.	Identificación de las intervenciones enfermeras en la prevención y el cuidado de la depresión puerperal.	Hay diversas intervenciones enfermeras frente a la DPP: identificación de signos y síntomas, realizar EpS, realizar consultas prenatales, derivación a servicios especiales, etc. Las enfermeras son conscientes de la importancia de su rol en la DPP, pero carecen de experiencia y habilidades adecuadas.
Assumpta Ortiz-Collado M, Cabana Salgado V, Chakir Turki S, Amstutz Bonnefoy H. 2020	Suiza.	Revisión sistemática.	Artículos que comprendieran información sobre las intervenciones que puede realizar la enfermera para la prevención de la cronicidad de la DPP.	Determinación del rol de las enfermeras pediátricas en la prevención de la cronicidad de la DPP, centrándose sobre todo en mujeres inmigrantes.	Algunas intervenciones enfermeras serían las siguientes: estrategias de facilitación a la transición de nuevos roles, apoyo emocional y educativo, promoción de hábitos de vida saludable, apoyo emocional, cribado a través de escalas como la EPDS, determinar situaciones de riesgo para la salud, actuar como enlace entre las madres y otros profesionales, garantizar una buena comunicación con madres extranjeras.
Viana MDZS, Fettermann FA, Cesar MBN. 2020	Brasil.	Revisión integrativa.	Artículos que diesen respuesta a cómo pueden los profesionales de enfermería prevenir la DPP.	Identificación de las estrategias enfermeras utilizadas para la prevención de la DPP.	Las enfermeras tienen 2 ámbitos de actuación para la prevención de la DPP: consulta pre y posnatal de enfermería (EpS, escucha activa, detección precoz con EPDS...) y los grupos de preparación de maternidad.
Registered Nurse's Association of	Canadá.	Guía de buenas prácticas.	Múltiples estudios con diferente nivel de evidencia	Dar a conocer recomendaciones basadas en la	Las enfermeras pueden realizar de forma eficaz junto al equipo interdisciplinar: pruebas de cribado en diferentes ámbitos eficazmente, una valoración

Ontario (RNAO). 2018			(desde metanálisis hasta informes de comités de expertos) que incluyen datos relacionados con la depresión perinatal.	evidencia para enfermeras y otros profesionales para una mejora de calidad de la práctica y promover la disminución de la DPN a través de varios elementos.	integral cuando el cribado es positivo, un plan de cuidados centrado en la persona y la familia, estrategias de prevención como la psicoeducación, promover estrategias de cuidado, recomendar el apoyo entre pares cuando proceda, proporcionar psicoterapias como la TCC, apoyar a las mujeres en la toma de decisiones informadas de intervenciones farmacológicas, entre otras.
Liu H, Yang Y. 2021	China.	Estudio controlado aleatorizado.	228 mujeres propensas a la DPP durante el embarazo. Las mujeres del grupo control (N: 115) recibieron cuidado postparto de rutina y las mujeres del grupo de intervención (N: 113) recibieron además de la atención rutinaria una intervención cognitiva de 6 semanas.	Descubrir si una intervención psicológica realizada por profesionales de enfermería tiene un efecto beneficioso en la prevención de la ansiedad y depresión postparto.	La TCC en el periodo posparto puede aliviar la ansiedad y depresión en mujeres primíparas y frenar la patogénesis de la misma.
Laviña Castán AB, Hernández Pérez J, García Martínez MA,	España.	Estudio descriptivo longitudinal.	593 mujeres cuyo parto tuvo lugar en el Hospital Universitario	Estimación de forma precoz del riesgo de DPP a través del uso de la EPDS en las	Para que el abordaje de la DPP sea efectivo es fundamental el equipo multidisciplinar. Debe haber buena coordinación entre atención especializada y

Amayas Lorao R, Gotor Colás ML, Gotor Colás S. 2013			Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza entre los meses de octubre y noviembre.	madres atendidas en el HUMS.	atención primaria, y entre las unidades de obstetricia y psiquiatría. La visita puerperal que realiza la matrona es útil para la detección de la DPP y la disminución de la evolución de los síntomas.
Gedzyk-Nieman SA. 2021	EE. UU.	Revisión bibliográfica.	Artículos relacionados con la depresión postparto en mujeres y sus parejas.	Revisión de la prevalencia, causas, síntomas, factores de riesgo y opciones de cribado y tratamiento basados en la evidencia de la DPP y la depresión posnatal.	La depresión puede manifestarse tanto en mujeres como hombres tras el nacimiento o adopción de un hijo. La causa de la DPP no se conoce certeramente. La TCC y la terapia interpersonal son efectivas en el tratamiento de la DPP. Las enfermeras tienen gran relevancia en el equipo interdisciplinar en el cuidado de pacientes con DPP.
Alba González R, López Tello V, Merino Salán M, Fernández Hernández P, Alonso del Rivero Hernández VC, Fernández Díaz MN.	España.	Revisión bibliográfica.	Artículos que abordaran la depresión puerperal.	Dar a conocer el estado actual de la depresión postparto.	La DPP se puede prevenir y tratar. La etiología de la DPP no es clara, pero existen factores de riesgo y factores de protección. Para la detección de la DPP destaca la EPDS por ser rápida y fácil de aplicar e interpretar. Una única modalidad de tratamiento no es efectiva para todas las mujeres.

2017					
2019	EE. UU.	Ensayo controlado aleatorizado.	538 mujeres de la unidad posparto de un hospital de Nuevo Hampshire. Hubo 2 grupos de intervención y 1 de control.	Investigación de la efectividad de una intervención enfermera electrónica durante 6 meses en el periodo posparto para disminuir la depresión y el estrés.	A pesar de no haber diferencias en la EPDS, la intervención fue percibida como muy satisfactoria y útil. Se sugiere que utilizar la tecnología en la detección de la DPP es beneficioso para las mujeres, puede facilitar el acceso a la atención y minimizar las complicaciones de una DPP no tratada.
2013	España.	Tesis doctoral.	400 mujeres primíparas o multíparas que recibieron atención en la visita de control puerperal a las 6 semanas postparto en un hospital de Barcelona.	Estudio de la relación que tiene la hostilidad y los hábitos de salud en la DPP.	La hostilidad es un factor que tiene influencia en el comienzo y mantenimiento de la depresión posparto, por lo que es importante prestar atención a este factor de riesgo en las mujeres para una detección temprana de la DPP. En las mujeres con DPP se debería contemplar sobre todo la adecuada adherencia terapéutica.

Tabla 10. Resumen de los artículos finales seleccionados. Fuente: elaboración propia.

Se establecieron cuatro diferentes apartados para poder comprender mejor los resultados basados en los objetivos de este trabajo.

3.1. Prevalencia de la depresión maternal.

Las cifras de la prevalencia de la depresión postparto varían según el país, la cultura y las herramientas de cribado utilizadas y sus puntos de corte (24). Además, en ocasiones los datos de las prevalencias se obtienen de síntomas depresivos autoinformados que no se basan en los criterios de las últimas actualizaciones del DSM-V (18).

Muchos estudios de los seleccionados refieren que la prevalencia a nivel global de la DPP se encuentra entre el 10-15% (7, 8, 10, 24, 25, 30, 31). Otros estudios en cambio describen prevalencias del 10-20% (18, 19, 23, 33) y 13-20% (12, 17, 43). Hay también artículos que describen cifras más específicas como 15% (27) y 16% (41).

Sin embargo, según un metaanálisis publicado en 2018 en EE. UU. por Hahn-Holbrook et al. (14), que incluyó 291 estudios de 56 países con un total de 296.284 mujeres, la prevalencia global de la depresión postparto es de un 17,7%. Además, en el metaanálisis de Wang Z et al. (13), publicado en 2021, se afirma que la depresión postparto a nivel mundial es del 17,22%. Este estudio incluyó 565 estudios de 80 diferentes países (1.236.365 mujeres), siendo el estudio más grande sobre la prevalencia de la DPP que se ha realizado hasta la actualidad. Por tanto, la prevalencia mundial según los datos más recientes gira en torno al 17%.

Más aún, en cuanto a la depresión prenatal, en un artículo se menciona que la prevalencia es del 19% en las madres (17). Con respecto a la prevalencia de la depresión perinatal, esta sería del 11.9% según datos del 2017 (35, 44).

Según el metaanálisis de Hahn-Holbrook et al. (14), la prevalencia de la DPP en España es del 14%. En otros países del sur de Europa como Francia (18%) e Italia (19%), la prevalencia de DPP es mayor.

Wang Z et al. (13) investigaron que la prevalencia fue mayor en Europa del Este, seguido de Europa del Sur, y finalmente, del norte europeo. Más específicamente, esta revisión señala que la prevalencia en España de la DPP en mujeres fue de 9,09%, mientras que en otros países como Reino Unido y Dinamarca la prevalencia fue de 21,5% y 6,48%, respectivamente. Por tanto, la prevalencia en España se sitúa en un nivel intermedio.

Adicionalmente, en este estudio se analizó que 1/5 mujeres padece depresión posparto, estando relacionado con los ingresos económicos y el nivel de desarrollo del país, siendo la prevalencia más alta en países en vías de desarrollo que en países desarrollados (13).

3.2. Factores de riesgo de la depresión periparto.

Como se ha explicado previamente, la depresión periparto se produce por diferentes causas, existiendo múltiples factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecerla.

Algunos de los factores de riesgo que más se mencionan en los diferentes documentos son los siguientes: antecedentes personales y/o familiares de trastornos de salud mental (sobre todo de depresión) (1, 2, 7, 12, 16, 19, 21, 23, 36), embarazo no planeado y/o deseado (2, 16, 19, 21), falta de apoyo familiar, social y/o por parte de la pareja (1, 7, 10, 12, 19, 21, 36), haber sufrido algún tipo de maltrato (físico, sexual, etc.) (1, 7, 16, 19, 36) y el sufrimiento de acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el puerperio (1, 7, 12, 19, 36). Además, el embarazo en la adolescencia (7, 16) y la mala relación de la madre con su propia madre (7, 21) también tienen influencia en la DPP.

Más aún, según Adam Torres (2) la hostilidad también sería un factor que podría predisponer a la aparición de la DPP, por lo que sería relevante prestar atención también a mujeres con rasgos de personalidad como este.

También se ha investigado que factores relacionados con el bebé como los que se mencionan a continuación pueden tener relación con la DPP: bebé con problemas de salud (10, 23) o con ciertos atributos como temperamento difícil (7, 21), prematuridad (23) y necesidad de tener que ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatal (16). Aunque según otras referencias no se ha demostrado un vínculo directo de la DPP con la salud del bebé (7).

Existen más factores de los que existen opiniones contrarias. Por ejemplo, con respecto a los factores económicos y sociales, varios artículos ponen de manifiesto que pertenecer a clases sociales y económicas desfavorecidas es un factor de riesgo para experimentar depresión periparto (2, 16, 19, 21, 43). Asimismo, hay fuentes que afirman que las mujeres inmigrantes recién llegadas a un país o aquellas que no tienen buen dominio del idioma tienen mayor riesgo de sufrir depresión periparto. Siendo más concretos, en comparación con mujeres que no han migrado, las mujeres inmigrantes duplican el riesgo

de padecer DPP (36). Pero otras fuentes de información sostienen que no existe una relación directa (7) o que estos datos no se han encontrado en la literatura (23).

En lo que se refiere a las complicaciones obstétricas como por ejemplo un embarazo de alto riesgo, también parecen afectar a la aparición de DPP (16, 19, 21, 36), pero según autores tampoco se ha demostrado una asociación directa (7).

Haciendo énfasis en la lactancia materna, hay fuentes que indican que puede tratarse de un factor protector frente a la DPP (10, 21, 33), pero cuando hay dificultades en el amamantamiento, puede convertirse en un factor de riesgo (7, 21). En la guía de recomendaciones de la RNAO los problemas con la lactancia materna por ejemplo aparecen como un factor de riesgo bajo (36).

3.3. Rol de enfermería en la depresión periparto.

Tal como se indica en varios artículos (10, 16, 19, 33), las enfermeras son de las profesionales más adecuadas para prevenir, detectar y tratar este trastorno de forma efectiva. El hecho de que las enfermeras sean profesionales muy cercanas a las madres durante el periodo perinatal, pudiendo establecer una relación de confianza con ellas, que acompañen a las mujeres tanto en el embarazo y el parto como en el periodo puerperal, además de estar presentes en diferentes ámbitos de trabajo en los que pueden tener contacto con las madres, son algunos de los motivos por los que son profesionales imprescindibles en el abordaje de este trastorno, sobre todo en la detección (16, 19, 33, 35).

3.3.1. Rol de la enfermera en la prevención de la DPP.

Debido a que la DPP puede ser compleja de diagnosticar, la prevención es una oportunidad crucial para disminuir la incidencia de esta alteración del estado de ánimo (31, 41). Los profesionales de enfermería pueden prevenir la DPP a través de diferentes intervenciones (25, 31, 36, 41). Viana et al., afirman que la prevención de la DPP tiene un abordaje fácil, un coste bajo y es factible de realizar para los profesionales de enfermería (41).

La guía RNAO sobre la depresión perinatal (36) clasifica la prevención como universal; selectiva, incluyendo a las mujeres con factores de riesgo; y recomendada, que abarca a las mujeres con signos y síntomas de DPP pero que no se encuentran en ninguna fase de la enfermedad.

En cuanto a la prevención universal, las enfermeras pueden realizar promoción de la salud sobre la DPP a las mujeres, independientemente del riesgo que tengan, y conseguir una disminución tanto de la prevalencia como del estigma que hay hacia este trastorno (36). Se ha comprobado que las estrategias de prevención que se centran en mujeres con factores de riesgo son más efectivas que la prevención universal (36). Pero existen estudios de prevención universal que han mostrado buenos resultados (36) y otros son prometedores (44); por ejemplo, en un proyecto de mejora de calidad Gillis et al. (44) describieron una intervención breve, fácil y de bajo coste que podría reducir el estigma de la DPP. Este proyecto consistía en aprovechar las consultas prenatales en las que se realizaba la prueba de glucosa con la matrona, para educar sobre DPP e informar sobre recursos de ayuda a las mujeres embarazadas.

Además, en un ensayo clínico aleatorizado Zhang et al. (25) encontraron que una intervención rehabilitadora realizada por enfermeras para la prevención de la DPP en madres primíparas antes del alta hospitalaria redujo la incidencia de la DPP, y aumentó el apoyo social percibido por las madres. Esta intervención consistió en abordar también el estado físico y psicológico de la madre y guiar a la familia para que pueda ayudar en el cuidado del bebé. También se realizó educación para la salud sobre la DPP a la madre y a su familia. Por tanto, no solo se abordaron aspectos del bebé, sino que también se tuvo en cuenta a la madre, incluyendo a la familia.

Sousa et al. (9) indican que el cuidado de enfermería en la DPP debe iniciarse ya en el periodo prenatal, a través de la valoración de la autoestima, el conocimiento del apoyo social con la que cuentan las mujeres y la satisfacción de las futuras madres. Estos mismos autores destacan la importancia de que las mujeres puedan expresar sus sentimientos y emociones. De esta manera, las enfermeras pueden ofrecerles orientación para que puedan enfrentarse a las situaciones de una manera más adaptativa y realista, siendo una acción preventiva frente a la DPP.

Algunas intervenciones como la psicoeducación, que se basa en la educación sobre la DPP e información de apoyo, y las psicoterapias (terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal y orientación no directiva) han mostrado efectividad en la prevención de la DPP y pueden ser ejercidas por el personal de enfermería (25, 36).

Liu et al. (22) en un ensayo controlado aleatorizado en el que participaron mujeres primíparas con tendencia a la DPP, investigaron que la atención rutinaria postparto junto con la terapia cognitivo conductual, durante 6 semanas con una frecuencia de una 1 vez

a la semana, tuvo mejores resultados en la disminución de los síntomas de depresión y ansiedad, en comparación con el grupo control que solo recibió atención de rutina (recomendaciones en cuanto al cuidado del bebé, asesoramiento dietético, resolución de dudas...). Esta intervención también puede prevenir la patogénesis de la DPP.

En cuanto a la educación, los profesionales de enfermería pueden explicarles a las madres en qué consiste este trastorno, cuáles son los signos, síntomas y factores de riesgo, en qué consiste el tratamiento, qué recursos comunitarios hay disponibles, etc., (27, 30, 33) permitiendo que las madres tengan una mejor comprensión del trastorno y reduciendo el estigma que hay hacia la misma (16).

Por ejemplo, las enfermeras de las unidades de maternidad pueden educar a las madres sobre los signos y síntomas de la DPP y cómo deben actuar en caso de que estos aparezcan (27). En el estudio de Logsdon et al. (30) las mujeres de una unidad de maternidad, antes de recibir el alta hospitalaria, recibieron educación sobre recursos comunitarios de la DPP. Además, la mayoría de las mujeres tuvieron un sentimiento positivo acerca de ser educadas por las enfermeras.

Una estrategia que se incluye en la prevención secundaria es la detección precoz (25, 26). Para ello, hay que realizar cribados a las mujeres de forma temprana. La prevención de este trastorno también se consigue a través de una intervención precoz (25).

También existen otras alternativas que pueden prevenir la DPP como el ejercicio físico, el tiempo dedicado a uno mismo (realizar actividades que permitan a las mujeres salir de la rutina del cuidado del bebé, el trabajo, etc.) y la promoción del sueño (10, 36). Sin embargo, los resultados de estas estrategias de autocuidado tienen limitaciones, por lo que no se pueden generalizar, pero tienen beneficios y pueden ser de ayuda especialmente para mujeres con factores de riesgo (36).

En algunos artículos se menciona el contacto piel con piel madre-recién nacido como estrategia de prevención de la DPP (10), pero los resultados son limitados debido a que hay grandes variaciones en el tiempo de realización del contacto piel con piel (36).

Referente a la prevención de la cronicidad de la DPP por parte de enfermería, en un artículo de revisión (43) se vio que las siguientes medidas parecen ser las más efectivas: estrategias de ayuda a la adaptación de la maternidad, el apoyo emocional y educativo, y la promoción de hábitos de vida saludables. Además, en cuanto a mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir DPP, como las mujeres inmigrantes (36, 43), las enfermeras

pueden apoyarlas y ayudarlas a través del uso del cuestionario EPDS, la comprensión de la DPP, actuando como enlace entre la madre y diferentes profesionales, escuchándolas de forma activa y utilizando técnicas que permitan que la madre comprenda la información de forma adecuada, en caso de barrera de idioma (43).

Haciendo hincapié en Atención Primaria, una puerta de entrada a las personas cuando presentan algún problema de salud, las enfermeras pueden realizar prevención de la depresión periparto en este ámbito, incluyendo las visitas domiciliarias (26, 31, 41). En el artículo de Saleh et al. (33) se menciona que las visitas maternas puerperales y las visitas del niño sano son una oportunidad para educar a las mujeres sobre la DPP.

Según Silva JF da et al. (31), las enfermeras a través de la consulta y la visita domiciliaria (en el caso de España estas visitas son realizadas por la matrona) pueden prevenir la DPP de diferentes maneras: a través de educación, aplicando la escucha activa, resolviendo dudas para eliminar mitos que hay sobre la DPP, identificando signos y síntomas de la depresión, etc.

Viana et. al también indican que en las consultas de enfermería pre y postnatales se puede prevenir la DPP, aunque estas sean de tiempo reducido, a través de educación sobre aspectos de la maternidad, incluyendo la depresión periparto. Otro ámbito en el que se puede realizar prevención de este trastorno es en los grupos de embarazadas, por ejemplo, en los grupos de preparación al parto; pudiendo intercambiar información entre las mujeres, su familia y los propios profesionales sobre temas como la depresión maternal. En estos grupos las enfermeras pueden explicar en qué consiste el trastorno y cómo identificarlo y prevenirlo. Asimismo, si hay mujeres que lo han experimentado, pueden animarse a contar sus experiencias (41).

3.3.2. Rol de la enfermera en la detección de la DPP.

Las enfermeras tienen una importante responsabilidad en la detección de la DPP y se encuentran en una posición clave para ello, ya que son las profesionales más cercanas a las madres durante el periodo perinatal (19, 30, 33). Por ende, deben realizar cribados a las mujeres e identificar de forma temprana los factores de riesgo y síntomas de la depresión maternal (18, 30, 31, 33), lo que refleja la necesidad de que las enfermeras tengan un buen conocimiento sobre estos aspectos (9, 27). A la hora de la detección, las enfermeras deben tener presente que la depresión puede manifestarse dentro del primer año del periodo posparto (9).

Cabe señalar que la detección no solo debería ir destinada a madres que han tenido un bebé a través de un parto, sino también a madres que han adoptado por ejemplo (12).

Más aún, como se ha venido diciendo, la detección de la depresión periparto puede ser compleja, ya que hay síntomas de este trastorno que también pueden producirse en la mujer de forma normal en la adaptación a la maternidad (17). Esto puede conllevar a minimizar los síntomas de la DPP, por lo que es sustancial que los profesionales de enfermería también sepan diferenciar los síntomas fisiológicos de la maternidad, del baby blues y de la DPP (16).

Existen diferentes escalas que se pueden utilizar para el cribado de la DPP. Una de las más utilizadas es la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo; una herramienta que ha demostrado ser efectiva para el cribado de la depresión periparto, por tanto, puede utilizarse tanto en el embarazo como en el periodo postparto. Consta de 10 preguntas, y cuenta con la ventaja de estar disponible en varios idiomas, es breve y de sencillo uso y las preguntas hacen referencia no solo a síntomas de depresión sino también de la ansiedad, y hay una pregunta que explora la presencia de ideas autolíticas (7, 16, 18, 23, 24, 30, 45). Sin embargo, debemos tener presente que esta no reemplaza la valoración clínica de los profesionales de salud para la confirmación del diagnóstico (7, 31).

Otras herramientas que pueden emplearse para el cribado son el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ9), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Depresión Posparto (PDSS-SF), teniendo en cuenta que las dos primeras no fueron diseñadas específicamente para la detección de la depresión maternal (12, 16, 18).

Poniendo de relieve la EPDS, esta herramienta también facilita la iniciación de conversaciones con las madres sobre problemas relacionados con la salud mental en la maternidad y otras dificultades que se pueden dar en este periodo (24).

Para utilizar este cuestionario, Vik et al. (24) en un estudio cualitativo sobre las experiencias percibidas por parte de enfermeras y matronas sobre la EPDS, describieron la importancia de construir una relación terapéutica basada en la confianza antes de realizar este cuestionario para que las mujeres se sientan cómodas y seguras de hablar con las enfermeras, y así poder abordar temas relacionados con problemas de salud mental, que pueden ser delicados para algunas mujeres. A veces las madres buscaban ayuda más tarde, y las enfermeras del estudio creen que la relación de confianza tiene una gran influencia en esto (24). Bayrampour et al. (37) también mencionan en su estudio que la

primera consulta con las pacientes para el cribado puede ser difícil ya que primero las enfermeras necesitan establecer una relación de confianza para realizar preguntas sobre cuestiones delicadas.

Según las recomendaciones del ACOG (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos), las mujeres deberían ser cribadas de la depresión postparto al menos una vez en el periodo perinatal (23, 30).

En países como Polonia, desde el año 2019 es obligatoria la monitorización del estado mental de la mujer durante el embarazo y el periodo postparto por parte de los profesionales sanitarios, sobre todo de las matronas. Esto también conlleva que sea necesaria la realización de un cribado de rutina de DPP en 3 ocasiones a las mujeres (17).

Por otra parte, la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda el cribado mediante la EPDS en las revisiones del niño sano, sobre todo a los 1, 2 y 6 meses. Esto es debido a que la depresión maternal suele tener su comienzo entre la primera y tercera semana tras el parto, con un pico máximo a las 6 semanas, 2-3 meses y 6 meses posparto (23). En un proyecto de calidad realizado en EE. UU. (23) se llevó a cabo esta estrategia por enfermeras para determinar si se podía mejorar la detección de la DPP en las revisiones del niño sano. Se encontraron más casos positivos de DPP en la visita del primer mes, lo que concuerda con el comienzo de la DPP y el pico máximo de las 6 primeras semanas. Se concluyó que es factible implementar el cribado de rutina en las revisiones del niño sano para así detectar más casos de DPP e identificar factores de riesgo de DPP de forma temprana.

Del mismo modo, otros artículos recomiendan las revisiones del niño sano como oportunidad para detectar este trastorno (33, 45).

En un estudio descriptivo, Logsdon et al. (30) describen la importancia de que las enfermeras de unidades de maternidad realicen cribados a las nuevas madres antes del alta hospitalaria para detectar DPP de forma temprana.

Las enfermeras domiciliarias también son importantes en la identificación de la DPP (24).

Recopilando lo que indican varias fuentes, las enfermeras pueden detectar la depresión periparto en diferentes servicios sanitarios; desde atención primaria (revisiones del niño sano, consultas prenatales y postnatales con la matrona, consultas de enfermería, grupos de embarazadas, visitas domiciliarias), unidades de hospitalización de maternidad y otras

unidades como las pediátricas y las de cuidados críticos hasta colegios (16, 17, 19, 31, 33, 41, 45).

Algo que también pueden realizar las enfermeras en diferentes ámbitos para detectar la DPP es revisar la historia clínica de las pacientes para saber si las madres han tenido antecedentes personales o familiares de depresión, informarse sobre el estatus socioeconómico, etc. Asimismo, pueden observar el vínculo entre la madre y el bebé. Además, algo que es indispensable es la realización de una valoración biopsicosocial de las madres (16).

Sousa et al. (9) argumentan que las enfermeras, dentro del equipo multidisciplinar, tienen la responsabilidad de observar señales de DPP en las mujeres para identificarla precozmente. Alba (16) indica que hay que escuchar a las pacientes de forma activa y observar también el comportamiento no verbal.

De cualquier manera, para que la detección sea útil, hay que garantizar que las mujeres sean derivadas a otros profesionales de la salud, que reciban el tratamiento adecuado y un seguimiento de los cuidados (16, 30).

3.3.3. Rol de la enfermera en el tratamiento de la DPP.

Para el abordaje de la depresión periparto se destaca la importancia del equipo multidisciplinar (10, 45). Dentro de este equipo, las enfermeras pueden desempeñar múltiples intervenciones para tratar la depresión periparto. El tratamiento consiste en intervenciones psicoeducativas, psicosociales y psicoterapéuticas, intervenciones farmacológicas y también existen otras alternativas como la terapia electroconvulsiva o las estrategias de autocuidado, entre otras (12, 16, 18, 36). Cabe recalcar que el tratamiento será individualizado (36).

Además de lo mencionado en el apartado de prevención sobre la psicoeducación, las enfermeras también pueden explicarles a las madres para tranquilizarlas que la depresión periparto es tratable, transitoria y que la recuperación completa es posible (7, 8, 16). También es fundamental transmitirles el mensaje de que no están solas y que no deben sentirse culpables por la situación (12, 16).

Según la revisión clínica de Gedzyk-Nieman, (12) el tratamiento debe empezar con intervenciones como orientación no directiva y estrategias de autocuidado (ejercicio, manejo del estrés, promoción del sueño...), y si esto no funciona, subir de forma

escalonada a otro tipo de tratamientos como la TCC (terapia cognitivo conductual), la TIP (terapia interpersonal) y/o la farmacoterapia.

Las enfermeras pueden llevar a cabo de forma eficaz y con buenos resultados intervenciones psicológicas tras haber recibido la formación pertinente, como por ejemplo terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal, orientación no directiva, entre otras (16, 25, 35, 36, 38). Cabe mencionar que este tipo de intervenciones suele ser de mayor preferencia por las mujeres, ya que en muchas ocasiones se preocupan por las consecuencias que pueden ocasionar los fármacos en el bebé (35).

La TCC y la TIP son dos psicoterapias basadas en la evidencia y de corta duración que pueden realizar las enfermeras (12, 16, 35, 36).

La TCC es una terapia que se centra en la interacción entre emoción, pensamiento y conducta, con el fin de modificar pensamientos y conductas (1, 36). Por tanto, esta terapia permite a las pacientes superar problemas y situaciones que antes no eran capaces (8). Esta terapia ha demostrado tener buenos resultados en la reducción de los síntomas de la DPP tanto de forma individual como en grupo (1, 8, 12, 16, 36).

La TIP, cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y el funcionamiento social del paciente, también ha mostrado ser efectiva en el tratamiento de la depresión perinatal a través del abordaje de la transición hacia la maternidad (1, 16, 36).

Según Gedzyk-Nieman (12) aunque la TCC sea más utilizada que la TIP, no se han encontrado resultados que demuestren que esta sea más exitosa en la reducción de los síntomas de la DPP que la TIP.

Wang TH et al. (35) encontraron en su revisión sistemática que la terapia psicológica más efectiva es la orientación no directiva, siendo también el tipo de terapia que mejor se adapta a las enfermeras. Consiste en una intervención basada en el respeto en el que la enfermera construirá una relación de confianza con la paciente, facilitando la expresión de emociones, escuchando de forma activa, siendo cercana y empática; de esta manera las mujeres se sentirán apoyadas y consoladas. Después de la orientación no directiva, los autores averiguaron que la segunda terapia más eficaz es la TCC.

Debemos tener presente que las mujeres valoran ser escuchadas sin que las juzguen y sentirse seguras con los profesionales, posicionando a las enfermeras como profesionales idóneas para esto (38).

Por otro lado, también hay otras opciones de tratamiento para depresiones más severas: la estimulación magnética transcraneal y la terapia electroconvulsiva. Son dos terapias que han mostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión mayor, aunque en estudios con grupos de personas reducidas (10, 12, 16).

A su vez, las estrategias de autocuidado que se mencionaron anteriormente (ejercicio físico, dedicarse tiempo a una misma y promoción del sueño) también pueden ayudar en el tratamiento de la DPP, aunque los resultados sean limitados (36). Las técnicas de relajación también pueden ser de ayuda (36). Por ejemplo, en cuanto al mindfulness, hay estudios que han demostrado que puede ser efectivo para disminuir los síntomas de la depresión, pero otros artículos no, aunque son minoritarios (46).

En cuanto a los suplementos de ácidos grasos omega-3 y el hierro, hay reducidos estudios en los que se ha observado una disminución de los síntomas depresivos, pero se necesitan más estudios que aclaren si hay otros factores que han producido ese descenso de los síntomas. Lo mismo ocurre con las infusiones de manzanilla (36).

En todo caso, los profesionales de enfermería pueden recomendar la realización de ejercicio físico de forma regular en el embarazo y el puerperio si no hay ninguna contraindicación, una dieta saludable y equilibrada, animar a que las mujeres tengan tiempo para sí mismas, promover hábitos de sueño regulares y la realización de técnicas de relajación que las propias enfermeras pueden enseñar a las madres, ya que son medidas que promueven la salud general y no producen daños asociados (36).

En lo que se refiere al tratamiento farmacológico, este se recomienda en casos de DPP moderada y severa (18). Hay varios fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), siendo estos los fármacos de elección para el tratamiento de la DPP, que han demostrado ser seguros y efectivos en la depresión que se produce en el embarazo y el periodo posparto con riesgo bajo de teratogenia (12, 16, 18). Los ISRS, según la clasificación de Hale sobre el riesgo que tienen los fármacos durante la lactancia materna para el bebé, se encuentran en el nivel L2 (bastante seguro) (1, 10, 16).

Cabe añadir que en 2019 se aprobó un nuevo fármaco específico para el tratamiento de la DPP severa llamado brexanolona (Zulresso). Este fármaco tiene un coste elevado y se administra por vía intravenosa continua durante 60 horas en el ámbito hospitalario, aunque se está desarrollando una fórmula vía oral (12, 16, 18).

En relación con la medicación, las enfermeras pueden administrar el tratamiento pautado por el personal médico (18) y tienen un rol imprescindible en la promoción y aseguración de la adherencia terapéutica, ya que hay un alto porcentaje de mujeres con trastornos psiquiátricos que sufren recaídas por un abandono de la medicación debido a diferentes causas (2).

En cuanto a las matronas, estas juegan un papel imprescindible en el abordaje de la DPP (8, 17, 19, 33, 35, 38). Domínguez-Mejías (19) justifica la actuación de la matrona de un centro de salud de España a través de un caso clínico real de una paciente con DPP. Se describe como la matrona pasa el cuestionario EPDS, realiza una valoración integral y un plan de cuidados individualizado a través de la metodología enfermera, dirige a la paciente a un médico de familia para que este pueda derivarla a un especialista de salud mental y se le realiza un seguimiento a través de visitas presenciales y telefónicas (19).

De acuerdo con Alba BM (16), incluso la enfermera de enlace puede tener un papel clave, a través de la coordinación con los servicios comunitarios.

Cabe destacar que sobre las enfermeras de salud mental apenas se ha encontrado información sobre su rol en la DPP, aunque en el artículo de Limandri (18) se indica que las enfermeras psiquiátricas pueden cribar, derivar y proporcionar el tratamiento a las mujeres con DPP.

Como se ha mencionado, una de las consecuencias que puede producir la DPP es una falta de apego entre la madre y su hijo. Además, Horowitz et al. (32) afirman que el tratamiento psiquiátrico común no suele mejorar la calidad de la interacción entre la madre y el bebé. La terapia Mother-Baby Interaction se centra en mejorar el vínculo madre-bebé de madres con DPP e incluso otros trastornos del ánimo del periodo posparto, reforzando las actitudes de la madre para que puedan ser más sensibles y receptivas con sus hijos/as. Las enfermeras pueden recibir formación sobre esta terapia y ponerla en práctica en ámbitos clínicos o en domicilios, enseñando a las madres a interactuar con sus bebés a través de la comprensión e interpretación de las señales de comportamiento y lenguaje de los bebés, y el entrenamiento de las mamás para que sepan responder eficazmente a estas señales. Además, esta terapia puede utilizarse de forma conjunta con la TCC (32).

Por otra parte, en cuanto a terapias innovadoras, McCarter et al. (47) exponen en un ensayo controlado aleatorizado una intervención electrónica realizada por profesionales

de enfermería en la unidad posparto de un hospital de EE. UU. El grupo control de este estudio recibió atención rutinaria después del alta hospitalaria, que consistía en una llamada telefónica de seguimiento por parte de una enfermera a las 2 semanas postparto, mientras que el grupo de intervención I recibió mensajes electrónicos estandarizados 4 veces a la semana durante 6 semanas y el grupo de intervención II además de eso recibió la opción de poder contactar con la enfermera. En este estudio se averiguó que la tecnología en la detección de la DPP tiene beneficios para las mujeres, pudiendo facilitar el acceso a la atención y minimizando las complicaciones de una DPP no tratada, aunque no hubo cambios en las puntuaciones del cuestionario EPDS. Además, la intervención fue percibida como útil y muy satisfactoria por las mujeres.

Las enfermeras deben informar a las pacientes de las opciones que existen, permitiendo que las mujeres puedan participar en la decisión de la terapia o terapias que finalmente vayan a ser elegidas para el tratamiento, teniendo siempre en cuenta los valores y preferencias de la persona (12, 16, 36). Al mismo tiempo, es también importante contar con la colaboración de la pareja en el tratamiento (8).

3.4. Dificultades en el abordaje de la depresión periparto.

En general, en varios estudios se contempla que las enfermeras tienen falta de conocimiento, experiencia, habilidades y confianza para el manejo de la DPP (27, 31, 33, 37, 38). Algunos estudios también refieren que las enfermeras presentan falta de conciencia sobre la importancia de este trastorno (33).

De acuerdo con Saleh et al., (33) en un estudio realizado en Arabia Saudí en 2020, las enfermeras pensaban que profesionales como psicólogos y psiquiatras eran los más adecuados para el abordaje de la DPP, infravalorando su rol en el manejo de dicho trastorno, cuando realmente las enfermeras tienen un papel y una responsabilidad importante en el cuidado de estas mujeres.

Sin embargo, en otros artículos se ha visto que las enfermeras eran conscientes de su rol y mostraban interés en proporcionar cuidados a las mujeres con depresión periparto, pero afirmaban no tener el conocimiento adecuado para ejercerlo y, por tanto, no se sentían preparadas para llevar a cabo sus roles, además de otros obstáculos que dificultan el abordaje de este problema (31, 37, 38). Hay estudios que también revelan que las enfermeras están dispuestas a formarse y quieren tener un rol más activo en el abordaje de la DPP (17, 38).

Magdalena et al. (17) descubrieron que las matronas polacas no tenían conocimiento suficiente sobre la depresión periparto. Las matronas por ejemplo desconocían los factores de riesgo de dicho trastorno, no sabían que la prevalencia era elevada y no asociaron este trastorno con el riesgo de suicidio. En concordancia con otros estudios, en el estudio de Lewis (27) también se confirma que las enfermeras de maternidad de un hospital de EE. UU. tampoco conocían los principales factores de riesgo de la DPP. En este mismo estudio se refleja que, tras recibir una intervención educativa sobre la DPP, el conocimiento de las enfermeras mejoró considerablemente. También se observó que las enfermeras proporcionaron más educación sobre DPP a las pacientes, puesto que se tiende a realizar más EpS sobre un tema cuanto más formación se tenga.

Bayrampour et al. (37) revelaron que existen diferentes barreras (a nivel de los profesionales y a nivel del sistema de salud) que dificultan el manejo de los problemas de salud mental del periodo perinatal en las mujeres. Además de las dificultades ya mencionadas, en este estudio se pone de manifiesto la incertidumbre que existe en cuanto a las responsabilidades y límites en la prestación de cuidados de estos trastornos. También se describe la falta de tiempo que tienen las enfermeras como barrera para el abordaje de estos problemas.

En lo que concierne al sistema, se puso en evidencia que hay insuficientes protocolos y políticas (por ejemplo, en un determinado estudio las matronas no utilizaban la EPDS por falta de políticas en la organización y herramientas de cribado de rutina) (37). Y es que la Asociación de Enfermeras de Salud de la Mujer, Obstetricia y Neonatal indica que todos los establecimientos sanitarios deberían contar con protocolos y políticas para asegurar el cribado de trastornos mentales en la maternidad como la DPP (30). Alexandrou et al. (26) también describen la misma carencia en el ámbito de atención primaria para el abordaje de la DPP.

Otras dificultades percibidas fueron las siguientes: vías de derivación y tratamiento poco claras tras un cribado positivo, falta de continuidad de cuidados, déficit de profesionales en la detección por una alta incidencia de trastornos mentales en la maternidad, falta de recursos para la formación continua, carencia de recursos para el tratamiento de la DPP, comunicación deficiente entre matronas y servicios como psiquiatría, entre otros (37). Laviña Castán et al. (45) destacan que para un correcto manejo de la DPP debe haber coordinación y comunicación entre las unidades de psiquiatría, obstetricia, pediatría y atención primaria.

Por otro lado, en cuanto al cribado de la DPP, en el estudio de Bayrampour et al. (37) se describe que las matronas percibieron que debían priorizar la salud física antes que la mental, conllevando a tener poco tiempo para este fin. También se reflejó la falta de entrenamiento en el cribado, sobre todo con mujeres de etnias minoritarias. Estos resultados concuerdan con los de Vik et al. (24). Laviña Castán et al. (45) describen que las puntuaciones de la EPDS deben interpretarse con cuidado, ya que la etapa de maternidad se concibe de manera diferente según la cultura. Se percibe, por tal razón, la necesidad de que la EPDS se adapte más a las mujeres inmigrantes y de clases sociales desfavorecidas, y una mayor formación de las enfermeras en el cribado de la DPP con este tipo de mujeres (24).

Por tanto, se necesitan mejoras en el abordaje de problemas de salud mental del periodo perinatal, en este caso de la depresión periparto, para poder lograr un cuidado holístico (37).

Podemos concluir que las enfermeras necesitan una mayor formación y entrenamiento para un adecuado abordaje de la depresión maternal (16, 17, 26, 33). Además, diversos artículos recomiendan la formación continua sobre DPP para los profesionales de enfermería (16, 27, 33).

4. CONCLUSIONES

Es evidente que los profesionales de enfermería tienen gran importancia en todo el abordaje de la depresión periparto, tanto en la prevención como en la detección y el tratamiento.

Las enfermeras pueden reducir la incidencia de la depresión periparto, detectarla a tiempo y/o mejorar la calidad de vida de las mujeres a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria. Considero que una de las estrategias más importantes que pueden realizar es la educación para la salud, siempre con información actualizada y basada en la evidencia, ya que permite concienciar a las mujeres de que la maternidad no es un periodo de felicidad plena en todo momento, eliminar mitos y tabúes y reducir el estigma hacia esta.

Además, las enfermeras ejercen su labor en múltiples ámbitos y tienen contacto cercano con las mujeres, por lo que también pueden detectar con más facilidad alteraciones físicas y/o psicológicas en las pacientes. Para ello, se pueden realizar cribados a las mujeres, prestar atención a factores de riesgo, reconocer signos y síntomas de la depresión periparto y realizar una valoración biopsicosocial.

Referente al tratamiento, enfermería cuenta con múltiples intervenciones que pueden ejercer y/o recomendar a las pacientes. Otras terapias serán pautadas y/o realizadas por los/as médicos/as, en los que la colaboración de la enfermera también será elemental. En todo caso, lo fundamental es que el tratamiento sea integral; para que se contemplen todas las necesidades de la persona, e individualizado; ya que no todas las terapias son igual de efectivas para todas las personas y su propio contexto. Tampoco podemos olvidarnos de la importancia de tener en consideración las preferencias y los valores de las pacientes. Más aún, se resalta la importancia de la escucha activa y la empatía a la hora de realizar cualquier intervención.

Asimismo, como el nacimiento de un bebé implica que la mayor parte de la atención se centre en este, se sugiere que los profesionales de enfermería presten especial atención a cómo se encuentra la madre y también su pareja, sobre todo en el plano emocional y psicológico.

Muchos artículos se focalizan en el papel de la matrona, que es de las profesionales más cercanas a la mujer, pero las enfermeras de otras especialidades también pueden ser esenciales en el abordaje que requiere este tipo de depresión.

Sin embargo, para que los profesionales de enfermería sean capaces de ejercer su rol de forma adecuada, necesitan más formación en depresión periparto. También hay otros factores que dificultan el abordaje de la depresión maternal a los que hay que buscar solución para que el equipo multidisciplinar pueda ofrecer unos cuidados de calidad a las mujeres.

Cabe señalar que a nivel nacional se han encontrado pocos datos sobre la prevalencia, el conocimiento que tienen las enfermeras y los enfermeros españoles sobre la depresión periparto y las barreras que pueden dificultar su labor, sugiriéndose la realización de estudios en los que se investigue esto.

Se espera que la presente revisión sea útil para los/as estudiantes de enfermería y los/las profesionales de enfermería, aumentando su sensibilización acerca de la necesidad de proporcionar a estas mujeres unos cuidados de enfermería de calidad en todos los niveles preventivos y poder reducir así la incidencia y/o prevalencia de este trastorno.

5. BIBLIOGRAFÍA

- 1) García-Esteve L, Valdés Miyar M. Manual de Psiquiatría Perinatal. Editorial Médica Panamericana; 2017.
- 2) Adam Torres G. Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2013. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283215/gatlde1.pdf?sequence=1>
- 3) American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
- 4) World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics Eleventh Revision. 2019.
- 5) American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- 6) Jadresic E. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Clínica Médica Los Condes [Internet] 2014 [Consultado 21 Feb 2022]; 25(6): 1019-1028. [10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- 7) Nanzer N. La depresión postparto: Salir del silencio. Barcelona: Ediciones Octaedro, S.L; 2015.
- 8) De Molina Fernández MI, Ferre Grau C, Vargas Porras C. Cuidado de enfermería con terapia cognitivo conductual en la depresión postparto. Archivos de la Memoria [Internet] 2021 [Consultado 25 Marzo 2022]; 18: e-12788. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/am/article/view/e12788>
- 9) Sousa TPP, Oliveira LP, Pereira JR, Carvalho RL, Barbosa T, Teixeira BT. Assistência de enfermagem na depressão pós-parto: Revisão Integrativa. REVISIA [Internet] 2022 [Consultado 25 Marzo 2022]; 11(1): 26-35. doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n1.p26a35>
- 10) Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. Musas [Internet] 2017 [Consultado 28 Feb 2022]; 2(1): 57-85. doi: [10.1344/musas2017.vol2.num1.4](https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num1.4)
- 11) Schonhaut Berman L, Podestá López L. Rol del pediatra frente a la depresión postparto. Revista Chil. Pediatr. [Internet] 2016 [Consultado 20 Enero 2022]; 87(1):1-3. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000100001

- 12) Gedzyk-Nieman SA. Postpartum and Paternal Postnatal Depression: Identification, Risks, and Resources. *Nurs Clin North Am.* [Internet] 2021 [Consultado 18 Marzo 2022]; 56(3): 325-343. doi: 10.1016/j.cnur.2021.04.001.
- 13) Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl. Psychiatry* [Internet] 2021 [Consultado 5 Feb 2022]; 11(1): 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>
- 14) Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front. Psychiatry* [Internet] 2018 [Consultado 5 Feb 2022]; 8: 248. doi: [10.3389/fpsy.2017.00248](https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248)
- 15) Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana* [Internet] 2013 [Consultado 10 Enero 2022]; 27(3): 185-193. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- 16) Alba BM. CE: Postpartum Depression: A Nurse's Guide. *Am J Nurs.* [Internet] 2021 [Consultado 20 Dic 2021]; 121(7): 32-43. doi: 10.1097/01.NAJ.0000756516.95992.8e.
- 17) Magdalena CD, Tamara WK. Antenatal and postnatal depression – Are Polish midwives really ready for them? *Midwifery* [Internet] 2020 [Consultado 1 Marzo 2022]; 83. doi: 10.1016/j.midw.2020.102646.
- 18) Limandri BJ. Postpartum Depression: When the Stakes are the Highest. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* [Internet] 2019 [Consultado 26 Feb 2022]; 57(11): 9-14. doi: 10.3928/02793695-20191016-03.
- 19) Domínguez-Mejías M. Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso. *Sanum* [Internet] 2021 [Consultado 2 Marzo 2022]; 5(4): 38-46. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v5_n4_a5.pdf
- 20) Jiménez Vinuesa NS, Bueno Cardona JM, Pelegrina Bonel AM. Salud Mental en el Postparto. *Paraninfo Digital* [Internet] 2017 [Consultado 2 Feb 2022]; (27). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n27/088.php>

- 21) Alba González R, López Tello V, Merino Salán M, Fernández Hernández P, Alonso del Rivero Hernández VC, Fernández Díaz MN. Actualización en depresión postparto. *Tiempos de Enfermería y Salud* [Internet] 2017 [Consultado 20 Feb 2022]; 1(3): 18-22. Disponible en: <https://www.tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>
- 22) Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* [Internet] 2021 [Consultado 27 Marzo 2022]; 20(1): 2. doi: 10.1186/s12991-020-00320-4.
- 23) Sorg M, Coddington J, Ahmed A, Richards E. Improving Postpartum Depression Screening in Pediatric Primary Care: A Quality Improvement Project. *Journal Pediatr Nurs*. [Internet] 2019 [Consultado 13 Marzo 2022]; 46: 83-88. doi: 10.1016/j.pedn.2019.03.001.
- 24) Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitor's and midwife's perspectives – An exploratory qualitative study. *Midwifery* [Internet] 2021 [Consultado 13 Marzo 2022]; 100. doi: 10.1016/j.midw.2021.103017.
- 25) Zhang S, Lu Z, Kang X, Zhang X. Analysis of the effect of postpartum rehabilitation nursing on the management of postpartum depression. *J Pak Med Assoc*. [Internet] 2020 [Consultado 6 Marzo 2022] 70 [Special Issue] (9): 9-15.
- 26) Alexandrou F, Sakellari E, Kourakos M, Sapountzi-Krepia D. Health visitor's perceptions on their role to assess and manage postpartum depression cases in the community. *Health Soc Care Community* [Internet] 2018 [Consultado 12 Marzo 2022]; 26(6): 995-1000. doi: 10.1111/hsc.12638.
- 27) Lewis NL. Developing a Hospital-Based Postpartum Depression Education Intervention for Perinatal Nurses. *J Nurses Prof Dev*. [Internet] 2020 [Consultado 5 Marzo 2022]; 36(1): 7-11. doi: 10.1097/NND.0000000000000595.
- 28) Caparros-Gonzalez R, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Pública* [Internet] 2018 [Consultado 15 Feb 2022]; 42: e97. doi: 10.26633/RPSP.2018.97.
- 29) Malpartida Ampudia MK. Depresión postparto en atención primaria. *Rev. méd. sinerg*. [Internet] 2020 [Consultado 27 Enero 2022]; 5(2). doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>

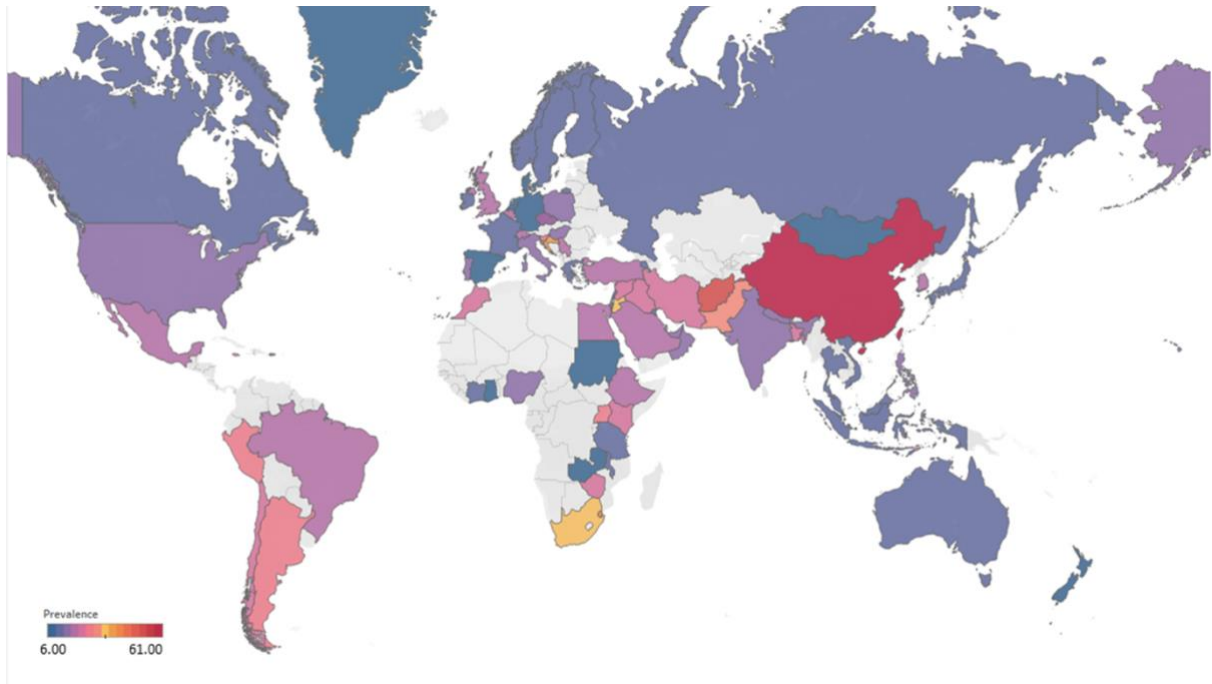
- 30) Logsdon MC, Vogt K, Davis DW, Myers J, Hogan F, Eckert D, et al. Screening for Postpartum Depression by Hospital-Based Perinatal Nurses. *MCN AM J Matern Child Nurs*. [Internet] 2018 [Consultado 20 Feb 2022]; 43(6): 324-329. doi: 10.1097/NMC.0000000000000470.
- 31) Silva JF da, Nascimento MFC, Silva AF da, Oliveira OS de, Santos EA, Ribeiro FMSS, et al. Intervenções do enfermeiro na atenção e prevenção da depressão puerperal. *Rev. enferm. UFPE online* [Internet] 2020 [Consultado 26 Marzo 2022]; 14: e245024. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245024>
- 32) Horowitz JA, Posmontier B, Chiarello LA, Geller PA. Introducing mother-baby interaction therapy for mothers with postpartum depression and their infants. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet] 2019 [Consultado 21 Feb 2022]; 33(3): 225-231. doi: 10.1016/j.apnu.2019.05.002.
- 33) Saleh ZT, Elshatarat RA, Ebeid IA, Aljohani MS, Al-Za'areer MS, Alhujaili AD, et al. Caring for Women With Postpartum Depression in Saudi Arabia: Nurses' and Midwives' Opinions About Their Roles. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. [Internet] 2020 [Consultado 13 Marzo 2022]; 58(7): 1-51. Doi: 10.3928/02793695-20200506-05.
- 34) Wells MB, Aronson B. Paternal postnatal depression and received midwife, child health nurse, and maternal support: A cross-sectional analysis of primiparous and multiparous fathers. *Journal of Affective Disorders* [Internet] 2021 [Consultado 15 Feb 2022]; 280: 127-135. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.018>
- 35) Wang TH, Pai LW, Tzeng YL, Yeh TP, Teng YK. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. [Internet] 2021 [Consultado 17 Marzo 2022]; 8(5): 2117-2130. doi: 10.1002/nop2.764.
- 36) Registered Nurses' Association of Ontario. *Assessment and Interventions for Perinatal Depression*. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2018. [Valoración e intervenciones para la depresión perinatal. 2a ed.]
- 37) Bayrampour H, Hapsari AP, Pavlovic J. Barriers to addressing mental health issues in midwifery settings. *Midwifery* [Internet] 2018 [Consultado 15 Marzo 2022]; 59: 47-58. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.020.
- 38) Coates D, Foureur M. The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period. *Health Soc Care*

- Community [Internet] 2019 [Consultado 8 Marzo 2022]; 27(4): e389-3405. doi: 10.1111/hsc.12740.
- 39) Schouten BC, Westerneng M, Smit AM. Midwife's perceived barriers in communicating about depression with ethnic minority clients. *Patient Education and Counseling* [Internet] 2021 [Consultado 2 Marzo 2022]; 104(10): 2393-2399. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.032>
- 40) Dennis CL, Vigod S. Expanding midwifery's role to improve perinatal mental healthcare access. *Evid Based Nurs* [Internet] 2019 [Consultado 22 Feb 2022]; 22(3): 72. doi: 10.1136/ebnurs-2018-103058
- 41) Viana MDZS, Fettermann FA, Cesar MBN. Nursing strategies for the prevention of post-birth depression. *Revista de Pesquisa* [Internet] 2020 [Consultado 26 Marzo 2022]; 12: 953-957. doi: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcf.v12.6835>.
- 42) Rare Commons. Hospital Sant Joan de Déu. PUBMED [Internet]. 2019 [Consultado 13 Marzo 2022]. Disponible en: <https://www.rarecommons.org/es/recurso/pubmed>
- 43) Assumpta-Ortiz Collado M, Cabana Salgado V, Chakir Turqui S, Amstutz Bonnefoy H. Role of early childhood nurses in supporting vulnerable mothers at risk of postnatal depression. *Soins Pédiatr Pueric.* [Internet] 2020 [Consultado 15 Marzo 2022]; 41(312): 40-47. doi: 10.1016/j.spp.2019.12.009.
- 44) Gillis BD, Holley SL, Leming-Lee TS, Parish AL. Implementation of a Perinatal Depression Care Bundle in a Nurse-Managed Midwifery Practice. *Nurs Womens Health* [Internet] 2019 [Consultado 12 Marzo 2022]; 23(4): 288-298. doi: 10.1016/j.nwh.2019.05.007.
- 45) Laviña Castán AB, Hernández Pérez J, García Martínez MA, Amayas Lorao R, Gotor Colás ML, Gotor Colás S. Coordinación matrona-psiquiatra en detección y derivación precoz de madres en riesgo de depresión postparto. *Notic Enferm* [Internet] 2013 [Consultado 1 Marzo 2022]; 94: 42-50. Disponible en: <https://www.ocez.net/archivos/revista/107-94.pdf>
- 46) Guerra-Martín MD, Guillén-Gallego I. Efectividad del uso del mindfulness durante el embarazo, el parto y el postparto. *Matronas Prof.* [Internet] 2021 [Consultado 3 Marzo 2022]; 21(3-4)/22(1):59-66. Disponible en: <https://medes.com/publication/164035>

- 47) McCarter DE, Demidenko E, Sisco TS, Hegel MT. Technology-assisted nursing for postpartum support: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. [Internet] 2019 [Consultado 20 Marzo 2022]; 75(10): 2223-2235. doi: 10.1111/jan.14114.
- 48) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. *Br J Psychiatry* [Internet] 1987 [Consultado 4 Abril 2022]; 150. Disponible en: https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

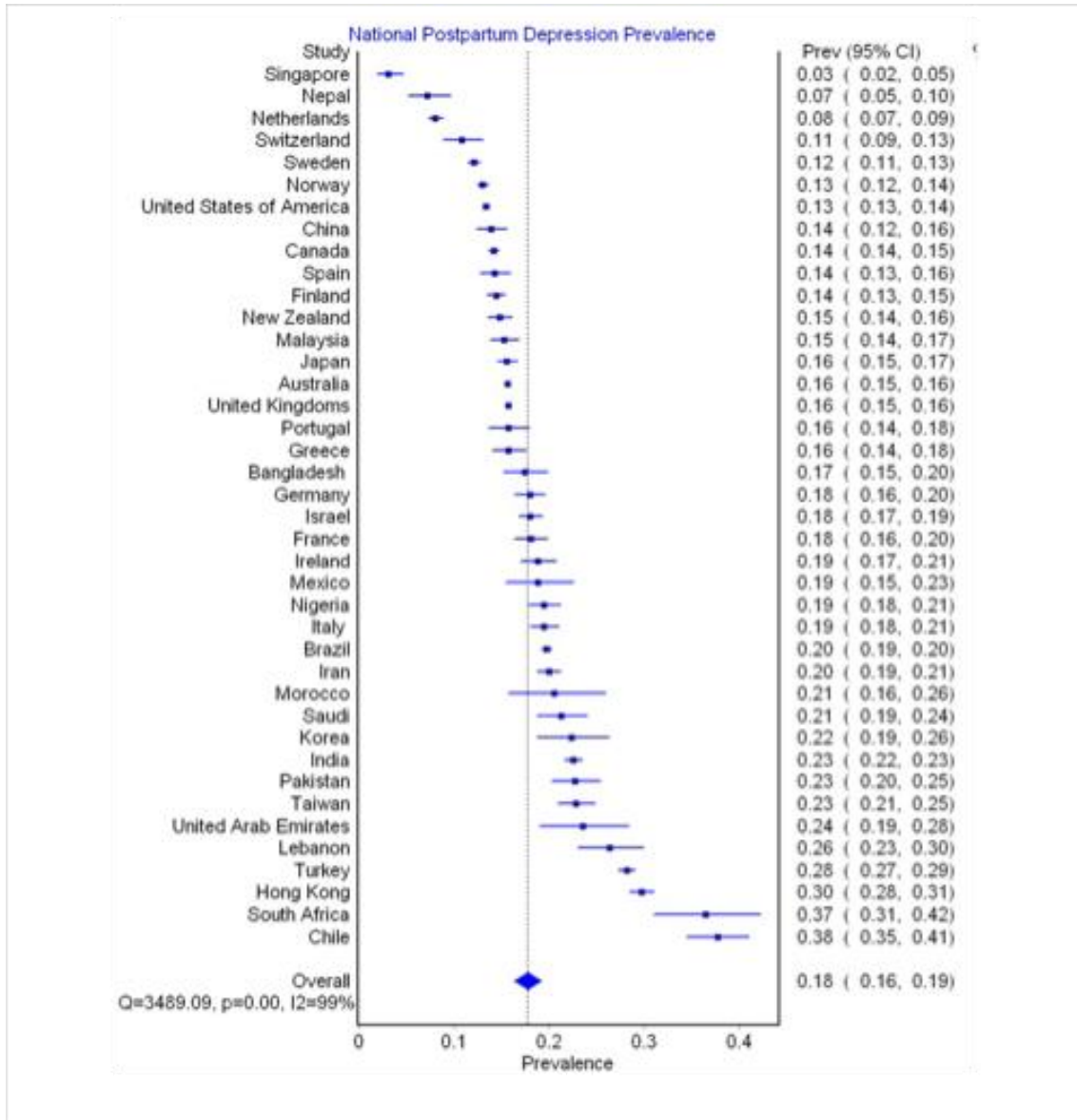
6. ANEXOS

Anexo 1. Mapa de la prevalencia global de la depresión postparto.



Fuente: Translational Psychiatry.

Anexo 2. Prevalencia de la DPP en 40 países obtenida a través de un metaanálisis.



Fuente: Frontiers in Psychiatry.

Anexo 3. Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.

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.

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

Fuente: British Journal of Psychiatry.

Anexo 4. Clasificación de Hale de los fármacos según el nivel de riesgo para el lactante.

L1	Seguridad máxima. Medicamento tomado por gran cantidad de mujeres que amamantan sin que se observen efectos adversos en el lactante. Los estudios controlados no demuestran un riesgo para el lactante y la probabilidad de daño es remota; o bien el fármaco no tiene biodisponibilidad oral en el lactante.
L2	Bastante seguro. Medicamento estudiado en una cantidad limitada de mujeres que amamantan sin que se observe un aumento de efectos adversos en el lactante; o la evidencia científica de un riesgo demostrado (que es

	probable que se presente como consecuencia del uso de ese medicamento) es remota.
L3	Moderadamente seguro. No hay estudios controlados en mujeres que amamantan. Sin embargo, es posible que haya un riesgo de efectos no deseados para el lactante; o bien los estudios controlados sólo muestran efectos adversos no amenazantes y mínimos. Sólo se deberá dar si el beneficio justifica el riesgo potencial para el lactante. Los medicamentos nuevos, para los cuales no hay absolutamente ningún dato publicado, automáticamente son clasificados en esta categoría, independientemente de cuán seguros puedan ser.
L4	Posiblemente peligroso. Hay evidencia científica positiva de riesgo para el lactante o para la producción de leche materna, pero los beneficios del uso en mujeres que amamantan pueden ser aceptables a pesar del riesgo para el lactante.
L5	Contraindicado. Estudios realizados en mujeres que amamantan han demostrado que hay un riesgo significativo y documentado para el lactante, basado en la experiencia en seres humanos; o bien se trata de un medicamento que tiene un alto riesgo de causar daño significativo al lactante. El riesgo de usar el medicamento en mujeres lactantes claramente supera cualquier beneficio posible a la lactancia. El fármaco está contraindicado en mujeres que amamantan.

Fuente: Editorial Médica Panamericana.