



Grado en **ENFERMERÍA**
Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

**Revisión bibliográfica:
La depresión posparto y el
TDAH en la descendencia.**

Presentado por: Carla Aparicio Climent

Tutora:
Paloma Marín Vivanco

ABREVIATURAS

SIGLAS	SIGNIFICADO
ATC	Antidepresivos Tricíclicos
BDI- 2	Inventario de Depresión de Beck
BX	Brexanolona
CIE	Clasificación Internacional de enfermedades
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition
EPDS	Escala de depresión posparto de Edimburgo
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IC	Intervalo de Confianza
IRSN	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina
ISRS	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina
MADRS	Escala de calificación de la depresión de Montgomery-Åsberg
MeSH:	Medical Subject Headings
ODS	Objetivos Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PPP	Psicosis posparto
TDAH	Trastorno del déficit de atención e hiperactividad
TPP	Tristeza posparto

Fuente: Elaboración propia

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la tutora de este TFG, la profesora Paloma Marín Vivanco, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a esta facultad. Asimismo, agradezco a mis compañeros de la Universidad Europea de Valencia por su apoyo personal y humano.

Un trabajo de revisión bibliográfica de este tema tan interesante es siempre fruto de nuevas ideas y por supuesto esfuerzos previos que corresponden a otras personas reflejadas en la bibliografía del trabajo.

Gracias a mi familia, a mi madre y a mi hermana, pero, sobre todo, gracias a mi marido y a mi precioso hijo Pol por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

A todos, muchas gracias.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: La depresión posparto (PPD) es una complicación perinatal que afecta a algunas mujeres durante el puerperio. Sus principales características predictoras son el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés o placer en las actividades y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio lo que provoca resultados muy negativos tanto en la madre, como en la descendencia.

Objetivo: Investigar la relación entre la depresión posparto y la aparición de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la descendencia, evaluando el papel de la farmacoterapia utilizada tras el parto en la modificación de este riesgo, con el propósito de identificar intervenciones eficaces y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas.

Material y métodos: Se trata de una investigación de carácter descriptivo y consiste en una revisión bibliográfica. Se ha realizado una estrategia de búsqueda utilizando palabras clave y seleccionando los artículos según criterios de inclusión y exclusión. Tras la aplicación de criterios de inclusión/exclusión y revisión exhaustiva bibliografía se seleccionaron artículos de carácter científico a partir de las bases de datos PubMed, y Science Direct.

Resultados: En el presente estudio se revisa la relación que existe entre la depresión posparto de la madre como factor de riesgo para el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad de los hijos y cómo tratar de solucionar este problema que afecta tanto a la madre como a la descendencia.

Conclusiones: La depresión postparto tiene impactos significativos tanto en la madre como en sus hijos, y aunque es común, todavía no recibe la atención adecuada. Existe evidencia de que la depresión postparto es un factor de riesgo modificable, por tanto, un diagnóstico y tratamiento adecuados de este trastorno no solo mejorarían la salud mental de la madre, sino también la de sus hijos.

Palabras clave: depresión postparto, farmacoterapia, brexanolona, zuranolona, trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH), inhibidores de recaptación de la serotonina (ISRS)

ABSTRACT AND KEYWORDS.

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a perinatal complication that affects some women during the puerperium, its main predictive characteristics are depressed mood most of the day, decreased interest or pleasure in activities and recurrent thoughts of death or suicide which causes very negative results in both the mother, in the offspring as well as in the family environment, and hence, the importance of treating it.

Objective: To investigate the relationship between postpartum depression and the appearance of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in offspring, evaluating the role of pharmacotherapy used after childbirth in modifying this risk, with the purpose of identifying effective interventions and develop appropriate preventive and therapeutic strategies.

Material and methods: This is a descriptive research and consists of a systematic bibliographic review. A search strategy has been carried out using keywords and selecting articles according to inclusion and exclusion criteria. After applying inclusion/exclusion criteria and exhaustive literature review, scientific articles were selected from the PubMed, Science Direct databases

Results: This study reviews the relationship between postpartum depression in the mother as a risk factor for the development of attention deficit hyperactivity disorder in children and how to try to solve this problem that affects both the mother and the child the descendants.

Conclusions: Postpartum depression has significant impacts on both the mother and her children, and although it is common, it still does not receive adequate attention. There is evidence that postpartum depression is a modifiable risk factor, therefore, adequate diagnosis and treatment of this disorder would not only improve the mental health of the mother, but also that of her children.

Keywords : postpartum depression, pharmacotherapy, brexanolone, zuranolone attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág 1-6
1.1 ¿Qué es la depresión posparto (PPD)?.....	Pág 2
1.2 Clasificación de los diferentes padecimientos afectivos que se producen en el puerperio	Pág 2-3
1.3. Factores que influyen en la aparición de la depresión posparto (PPD).....	Pág 3-4
1.4. Consecuencias de la depresión posparto.....	Pág 4
1.5. Diagnóstico de la depresión postparto	Pág 4-5
1.6. Tratamientos para la depresión posparto (PPD)	Pág 5
1.7. Justificación	Pág 6
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	Pág 7
2.1. Hipótesis.....	Pág 7
2.2. Objetivo general	Pág 7
2.3. Objetivo específico.....	Pág 7
3. MATERIAL Y MÉTODOS	Pág 8-10
3.1. Pregunta PICO.....	Pág 8
3.2. Diseño de la investigación.....	Pág 8-9
3.3. Estrategia de búsqueda utilizada.....	Pág 9
3.4. Criterios y métodos de selección de los artículos.....	Pág 9-10
3.5. Diagrama de flujo PRISMA.....	Pág 11
4. RESULTADOS	Pág 12-19
5. DISCUSIONES	Pág 20-26
5.1. Riesgo de sesgo entre los estudios.....	Pág 26
5.2. Conflicto de intereses.....	Pág 26
5.3. Limitaciones de nuestro estudio	Pág 26
6. CONCLUSIONES	Pág 27
7. BIBLIOGRAFÍA	Pág 28-33
8. ANEXOS	Pág 34-38
8.1. Escala de Edimburgo.....	Pág 34
8.2. Hamilton Depression Rating.....	Pág 35-36
8.3. Cuestionario sobre la salud del paciente-9.....	Pág 37
8.4. Plantilla CASPe.....	Pág 38-40
8.5. Tabla de resultados escala CASPe	Pág 41-44

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Formato PICO.....	Pág 8
Tabla 2 Palabras Clave.....	Pág 9
Tabla 3 Criterios de selección.....	Pág 10
Figura 1 Diagrama de flujo sobre la estrategia de búsqueda.....	Pág 11
Tabla 4 Resultados escala CASPe.....	Pág 41- 44

1. INTRODUCCIÓN

La maternidad, es un fenómeno sociocultural que va más allá de los aspectos biológicos de la gestación y el parto, ya que tiene componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos que a menudo no se tienen en cuenta e influyen en la interacción de la mujer con otras personas en entornos concretos. Sin embargo, y a pesar de la importancia que tiene, muy pocos son los estudios que abordan el significado de la maternidad para las gestantes y que a su vez logran ligar sus hallazgos con la promoción de la salud materno-infantil. (Oberman et al, 2004).

Según Daniel Stern, uno de los primeros autores en estudiar el mundo interno de la nueva madre y la influencia en la relación que se establece entre la madre y su bebé, es con el nacimiento físico del bebé o parto cuando se produce el nacimiento de la "psique materna", es decir, que la mujer adquiere una identidad nueva que surge de su sentimiento de ser madre. (Molina et al, 2006)

Lo primero que acontece es el proceso reproductivo, un proceso fisiológico y natural, pero en el que pueden surgir una serie de complicaciones tanto en la vida de la madre como en la de su bebé. Así pues, el organismo femenino, es mucho más vulnerable y, por tanto, susceptible biológica y emocionalmente. Aunque también es cierto, que existe pluralidad de formas de vivir este proceso del embarazo, nacimiento y posterior cuidado del bebé. García (Jordá et al, 2010)

Así pues, en función del significado que una mujer gestante le dé a la maternidad en todas y cada una de sus facetas, la impulsará a obtener más o menos información, solicitar atención médica o seguir las recomendaciones de los profesionales sanitarios, siendo muy importante por tanto, una atención prenatal orientada a la promoción de la salud hacia una atención humanizada, productiva, reflexiva y acorde con las necesidades y expectativas de las mujeres, con el fin siempre de alcanzar una maternidad saludable. (Molina et al, 2006)

Por todo ello, sea del modo que sea, debemos entender que la mujer embarazada enfrenta un problema de salud por lo que debe controlarse de manera exhaustiva a fin de evitar posibles complicaciones. (García Jordá et al, 2010)

Por otra parte, el parto es una de las experiencias de mayor trascendencia para una mujer, y en función de las circunstancias en las que se produzca éste, la experiencia puede ser satisfactoria y empoderante, o por el contrario, ser muy traumática afectando en consecuencia, a la confianza y el estado psíquico de la puérpera, lo que puede, además, repercutir en la relación de la madre con su entorno y con su bebé. (Paricio del Castillo et al, 2020)

El puerperio, es el periodo que sigue al parto y en éste, la madre se siente especialmente vulnerable, así pues, pueden desarrollarse una serie de situaciones desagradables que pueden

llevar a la madre a lo que conocemos como depresión posparto, por ello, en este periodo es necesaria una asistencia integral, siendo fundamentales sus cuidados, tanto a nivel físico como emocional. (Peralta et al, 1996)

1.1 ¿Qué es la depresión posparto?

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) se define depresión posparto (DPP) como un síndrome asociado con el embarazo o el puerperio, que comienza aproximadamente 6 semanas después del parto, e involucra características mentales y del comportamiento significativas, más comúnmente síntomas depresivos. Aparece bajo la entidad "6E20: Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos". (Martínez Roldán et al, 2022)

Por otra parte, según el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) al hablar de la depresión posparto podríamos hablar de un episodio que puede incluso comenzar ya desde el tercer trimestre de embarazo hasta incluso cuatro semanas posparto. (Ampudia, et al, 2020).

Pero a pesar de las diferentes definiciones y de que unas la ubican en un periodo y otras en otro, todos coinciden en que es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y puerperio y que ésta, puede acarrear graves consecuencias tanto para la madre, para el niño como para el entorno familiar. (Martínez Roldán et al, 2022), (Peralta et al, 1996), (Sanitas et al 2023), (Oberman et al, 2004), (Molina et al, 2006)

Por ello, queremos a través de esta revisión bibliográfica estudiar el alcance de la depresión posparto para conocer realmente qué consecuencias puede llegar a producir sobre todo en la descendencia y ver si sus causas con el fin de evitar estas consecuencias, podrían ser tratadas.

1.2 Clasificación de los diferentes padecimientos afectivos que se producen en el puerperio

En el puerperio, pueden presentarse diferentes padecimientos afectivos. Estos son, la tristeza postparto (TPP) la depresión postparto (PPD) y la psicosis postparto (PPP).

La tristeza postparto (TPP) o "Baby Blues" es una alteración del estado de ánimo, producida como consecuencia de los cambios hormonales, psicológicos y sociales que se producen en la mujer tras dar a luz. Sus síntomas aparecen dentro de los cuatro primeros días tras el parto, y suelen ser tristeza, sentimientos de culpa, minusvalía o incapacidad, pero se

alivian de manera espontánea dentro de las tres o cuatro semanas siguientes al alumbramiento no requiriendo, por tanto, ningún tipo de atención médica y/o psicológica. (Medina-Serdán et al, 2013)

Cuando los síntomas del Baby Blues se mantengan en el tiempo o tengan una repercusión vital importante, hablaremos de la depresión postparto (PPD), en la que centraremos nuestra atención ya que aproximadamente el 15% de las mujeres que dan a luz la sufren. La depresión posparto (PPD), tiene inicio dentro de los primeros 12 meses después del parto con síntomas que pueden durar más o menos tiempo en función de su severidad y surge también como respuesta a cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que experimenta la madre después de dar a luz. Lara, L. A. et al (2005) Sin embargo, y a pesar de que una de cada siete mujeres puede desarrollar depresión posparto (PPD), ésta no llega a ser diagnosticada bien por conflictos en la privacidad o bien por no querer revelarlo a familiares cercanos. (Mughal et al, 2022)

Y por último, hablaremos de la psicosis posparto (PPP) en el caso de que aparezcan ideas delirantes, desorganización conductual o ánimo inusualmente exaltado o disfórico. (Lara et al, 2005).

1.3 Factores que influyen en la aparición de la depresión posparto (PPD)

Existen algunos de los factores que pueden contribuir en la aparición de los síntomas propios de la depresión posparto (PPD). Entre ellos, podemos destacar factores asociados al parto, como la experiencia de la madre con un parto traumático, o la instauración de la lactancia materna, aunque también estos (contacto piel con piel y o lactancia materna) se ha podido comprobar que pueden actuar como factores protectores. (Paricio del Castillo et al, 2020)

Otro de los factores que influye en el desarrollo de la depresión postparto (PPD), son los antecedentes psiquiátricos previos o que se hayan desarrollado en el transcurso del embarazo, como pueden ser el trastorno de depresión mayor, la ansiedad, la depresión postparto y los trastornos de personalidad. GuinZvano J. et al (2018). Sin embargo, a pesar de que los antecedentes psiquiátricos supongan el mayor predictor de depresión postparto, existen otros factores como son haber sufrido situaciones estresantes como abusos físicos, psicológicos o sexuales durante el embarazo, que hacen a la madre más susceptible de sufrir depresión postparto. (Ertel et al, 2011), (Pearlstein et al, 2009)

También puede influir en el desarrollo de la depresión postparto (PPD) la edad, así pues, se ha demostrado que los embarazos en mujeres menores de 24 años, implican un mayor riesgo, aún sin existir antecedentes de depresión ya que el postparto en las embarazadas adolescentes

supone un enorme reto personal. Y respecto a las mujeres mayores de 35 años existe mayor riesgo siempre que existan antecedentes previos. (Silverman et al, 2017).

Por otra parte, también puede influir en el desarrollo de la depresión posparto (PPD), el nivel socioeconómico de la madre o familia ya que éste contribuye de forma muy significativa en el riesgo de desarrollar depresión postparto. (Sidebozom et al, 2014).

En cuanto a los factores obstétricos, también existe una relación entre la depresión postparto y los partos pretérmino previos a la semana 37 (Ihongbe et al, 2017), (Vigod et al, 2010) y la depresión durante el embarazo y los partos pretérmino. (Jarde et al, 2016)

Y por supuesto, los cambios hormonales que se producen en la mujer después de dar a luz, así pues, durante el embarazo existe una serie de hormonas cuyos niveles aumentan significativamente, y del mismo modo, en el posparto, estas hormonas disminuyen bruscamente con el nacimiento del bebé, llegando a estabilizarse dentro de límites normales hacia el quinto día. Sin embargo, existen estudios que sugieren que esta fluctuación hormonal de idas y venidas es la responsable de lo que conocemos como depresión posparto (DPP) (Thul et al, 2020), (Chai et al, 2022), (Sundström-Poromaa et al, 2020)

1.4 Consecuencias de la depresión.

La depresión posparto puede provocar vínculos deficientes entre la madre y su hijo, fracaso en la lactancia materna, prácticas parentales negativas, problemas en el entorno familiar y resultados negativos en el desarrollo físico y psicológico del niño. De ahí la importancia de reducir los síntomas depresivos ya que su remisión, reducirá también, posibles problemas psiquiátricos y de conducta en la descendencia. (Mughal et al, 2022)

La depresión posparto (PPD), afecta tanto a la madre, al padre como al hijo. La madre, puede desarrollar un trastorno depresivo crónico en el caso de que ésta depresión no sea tratada, o un mayor riesgo de padecer futuros episodios de depresión mayor incluso habiendo tratado la depresión posparto (PPD). El también puede desarrollar depresión como consecuencia de la depresión materna y el bebé, puede desarrollar problemas emocionales y de conducta, observándose con mayor frecuencia retrasos en el desarrollo del lenguaje, problemas para dormir, dificultades en la alimentación, llanto excesivo o problemas neuroconductuales. (Thul et al, 2020).

1.5. Diagnóstico y evaluación de la depresión postparto

La depresión posparto se diagnostica si junto con la depresión o anhedonia, al menos 5 de éstos síntomas, están presentes en un periodo de al menos 2 semanas

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- Pérdida de energía o fatiga
- Inutilidad o culpa
- Insomnio o hipersomnia
- Pérdida del interés o placer
- Alteración de la concentración o indecisión
- Retaso psicomotor o agitación
- Ideación o intento de suicidio y pensamientos recurrentes de muerte
- Cambio de peso o apetito

Del mismo modo, será muy importante a la hora de realizar una evaluación de la depresión posparto antecedentes como los hábitos tóxicos (drogas, alcohol o tabaco) y medicamentos recetados y de venta libre. (Mughal et al, 2022)

Su detección se puede realizar entre los 2 y los 6 meses después del parto, y entre las herramientas de detección disponibles una de las más utilizada es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), Un cuestionario de 10 ítems donde se requiere una puntuación de corte de EPDS igual o superior a 13 con el objetivo de determinar si los pacientes tienen riesgo de padecer depresión posparto (DPP) (Mughal et al, 2022), ayudando su diagnóstico del mismo modo a evitar los posibles daños que puedan producirse en la descendencia. (Nidey et al, 2021)

1.6. Tratamientos para la depresión posparto (PPD)

El tratamiento de primera línea de la depresión posparto (DPP) es la psicoterapia psicológica en el caso de que la depresión periparto sea leve o moderada, y sobre todo si las madres dudan en tomar medicamentos y van a comenzar a amamantar. Sin embargo, para pacientes con depresión posparto de moderada a grave que no responden únicamente con la psicoterapia psicológica lo más conveniente será además de ésta, recurrir a la terapia farmacológica. (Mughal et al, 2022)

1.7. Justificación del estudio

La depresión postparto es una enfermedad inhabilitante que, de no tratarse adecuadamente, puede tener efectos adversos severos tanto en el bienestar materno como en la descendencia. Por ello, el conocimiento de las referidas consecuencias en la descendencia de las madres que sufren depresión posparto (PPD) y la importancia que tiene darle solución a la misma, puede ayudar a una mayor concienciación social, familiar y del sector sanitario con el objetivo de actuar más rápido y buscar nuevas alternativas terapéuticas.

La salud mental de la madre y el desarrollo infantil, son fundamentales para el bienestar global y están por otra parte, estrechamente relacionados con varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Así pues, la depresión posparto es una condición de salud mental que afecta a muchas madres y puede tener consecuencias significativas para sus hijos, incluyendo un mayor riesgo de desarrollar Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Estos problemas de salud pública tienen un impacto directo en la salud y el bienestar (ODS 3), la educación de calidad (ODS 4), la igualdad de género (ODS 5) y la reducción de las desigualdades (ODS 10).

El ODS 3: Salud y Bienestar, busca reducir la mortalidad prematura y promover la salud mental por lo que abordar la depresión posparto mejora la salud materna y puede prevenir problemas de desarrollo en los niños. El ODS 4: Educación de calidad, destaca la importancia de la atención y desarrollo en la primera infancia por lo que niños con TDAH a menudo enfrentan desafíos educativos, y una detección temprana junto con el apoyo adecuado puede mejorar sus resultados educativos. La ODS 5: Igualdad de Género, incluye el acceso universal a la salud reproductiva, lo que abarca la salud mental de la madre. Y finalmente el ODS 10 Reducción de Desigualdades que promueve la inclusión social y económica de todos, incluyendo a madres y niños afectados por estas condiciones.

Por tanto, abordar la depresión posparto (PPD) y el trastorno por déficit de atención en la descendencia es crucial para alcanzar estos ODS y mejorar el bienestar y el desarrollo de futuras generaciones.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1.- Hipótesis.

La depresión posparto materna, está asociada con un mayor riesgo de desarrollar Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la descendencia. Por ello, intervenciones tempranas y adecuadas en la depresión posparto, pueden reducir el riesgo de sufrir TDAH en la descendencia.

2.2.- Objetivos

2.2.1. Objetivo general:

Investigar la relación entre la depresión posparto y la aparición de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la descendencia, evaluando el papel de la farmacoterapia utilizada tras el parto en la modificación de este riesgo, con el propósito de identificar intervenciones eficaces y desarrollar estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas.

2.2.2. Objetivos específicos:

- Estudiar la frecuencia de diagnósticos de TDAH en niños cuyas madres experimentaron depresión posparto en comparación con aquellos cuyas madres no la sufrieron
- Revisar los enfoques farmacológicos actuales empleados para mejor manejo de la depresión posparto (PPD).
- Evaluar si un tratamiento adecuado en las mujeres que padecen depresión posparto (PPD) reduce los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la descendencia.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1. Pregunta PICO

En la presente revisión, se ha seleccionado la estrategia PICO, formato que incluye población (P), intervención, (I), comparación (C) y un desenlace, (Odel inglés outcome), del que podemos formular la pregunta de investigación de nuestro proyecto. (Cañon & Buitrago-Gómez 2018).

Tabla 1. Formato PICO

Pregunta PICO	
P	Madres puérperas con depresión posparto
I	Con tratamiento de la depresión posparto adecuado
C	-
O	Disminución del TDAH de los hijos de las madres con depresión posparto

Fuente: elaboración propia

Pregunta de investigación.

¿En las madres puérperas que sufren depresión posparto y reciben un tratamiento adecuado disminuye también la incidencia del TDAH en la descendencia?

3.2 Diseño de la investigación.

Para alcanzar los objetivos previamente expuestos se ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando las bases de datos PubMed y ScienceDirect. Para determinar la secuencia de búsqueda, se han seleccionado otras palabras clave a través de algunos descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que corresponden a los Medical Subject Heading (MeSH), así como otras palabras clave.

Las principales palabras clave que se utilizaron en la búsqueda fueron las siguientes:

Tabla 2. Palabras Clave.

INGLÉS	ESPAÑOL
"postpartum depression",	"depresión postparto"
"attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring "	"trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la descendencia"
"pharmacotherapy"	"farmacoterapia"

Fuente: Elaboración propia.

3.3. Estrategia de búsqueda utilizada.

Para combinar los términos y formular las ecuaciones de búsqueda, ha sido necesario el operador booleano "AND", obteniendo las siguientes fórmulas de búsqueda:

Respecto a la búsqueda realizada con el objetivo de investigar sobre la relación de la depresión posparto con la aparición del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la descendencia, la fórmula utilizada para la búsqueda fue "postpartum depression" AND "attention deficit hyperactivity disorder in offspring"

Respecto a la búsqueda realizada para investigar sobre los tratamientos recientes para la depresión posparto se utilizó la siguiente fórmula de búsqueda "postpartum depression" AND "pharmacotherapy"

Respecto a la búsqueda realizada para investigar si tratando a la madre con depresión posparto ayuda a reducir o eliminar los síntomas en la descendencia la fórmula de búsqueda utilizada fue "pharmacotherapy for postpartum depression" AND "attention deficit hyperactivity disorder in offspring"

3.4. Criterios y métodos de selección de artículos.

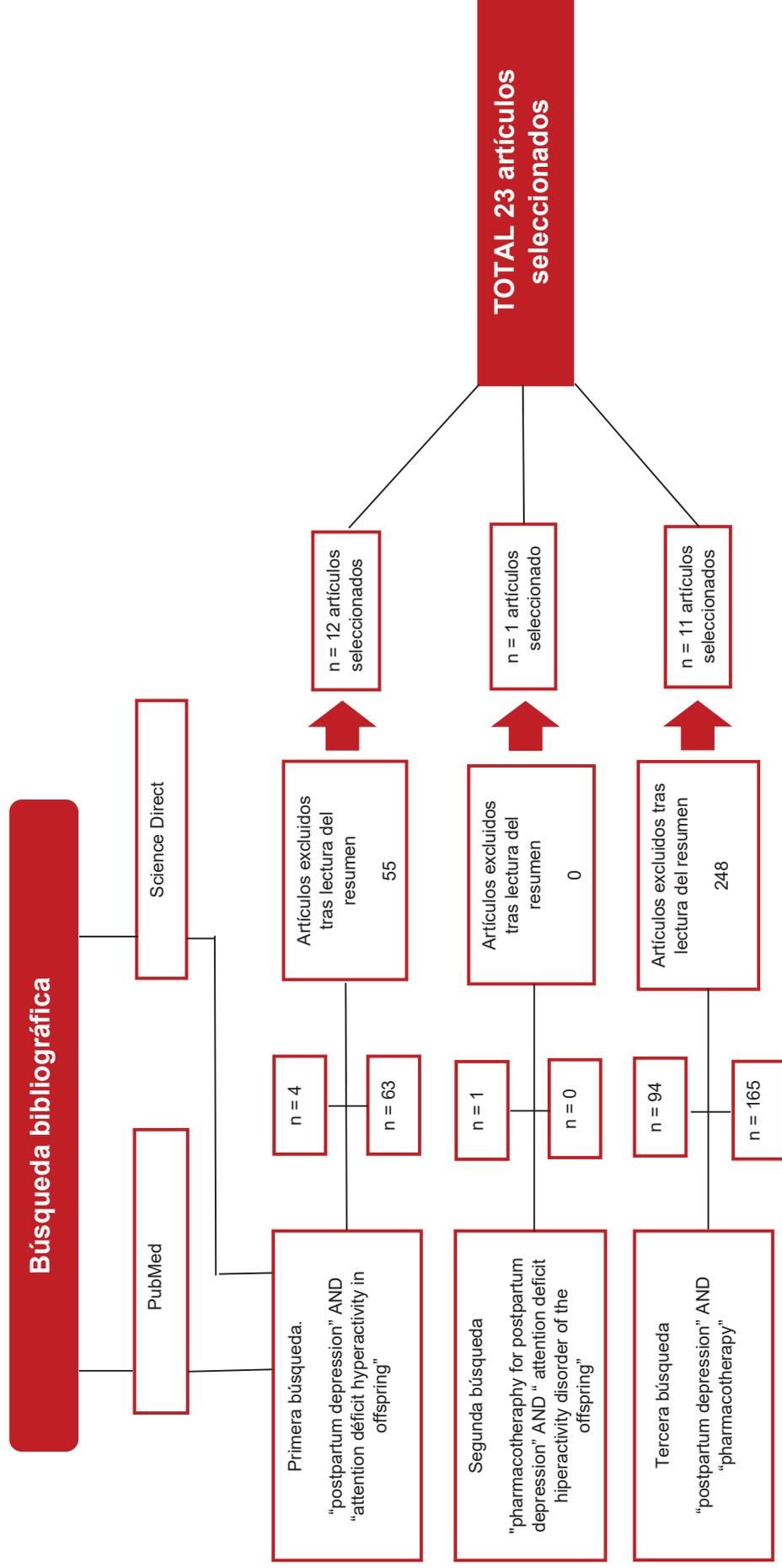
Y por último se han determinado unos criterios de selección, introduciendo criterios de inclusión y exclusión con la finalidad de acotar los resultados de las búsquedas.(Tabla 2)

Tabla 3. Criterios de selección.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Relacionados con el tipo de estudio: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ensayos clínicos. 2. Fecha de publicación en forma de artículo desde el 1 de enero de 2019 hasta el 10 de mayo del 2024. 3. Idioma de publicación: español o inglés. 4. Texto del artículo completo y original. • Relacionado con el paciente: <ol style="list-style-type: none"> 1. Artículos que relacionen la DPP materna con el TDAH de la descendencia. 2. Artículos que hablan sobre los tratamientos farmacológicos más recientes para tratar la depresión posparto (PPD) 3. Artículos que relacionan los tratamientos de la depresión posparto suministrado a la madre con las mejoras en el TDAH de la descendencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de baja evidencia científica: serie de casos, estudio de casos, y controles de mala calidad, carta al editor, conferencias y opiniones de expertos. • Estudios hechos en animales exclusivamente. • Estudios en los que no existe un diagnóstico de depresión posparto en la madre. • Artículos en los que el tratamiento farmacológico es administrado previamente al parto.

Fuente: elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA:



Fuente de elaboración propia.

4. RESULTADOS

Se obtuvo un total de 23 artículos, los cuales se ha seleccionado un total de 13 artículos correspondientes a la base de datos Pubmed, y un total de 10 artículos de la base de datos Science Direct. Comprobando la evidencia científica a través de CASPe, todos los artículos evaluados obtuvieron la puntuación máxima en la escala CASPe, lo que indica que todos los estudios tenían objetivos claramente definidos, un diseño adecuado para sus objetivos y resultados claramente presentados.

Tabla 4: Tabla de resultados

TÍTULO/AUTOR	DISEÑO/AÑO	METODOLOGÍA	CONCLUSIONES	EVIDENCIA CIENTÍFICA
Una revisión sistemática y un metaanálisis de la depresión de los padres, el uso de antidepresivos, el trastorno de personalidad antisocial y el estrés y la ansiedad como factores de riesgo para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños. Robinson et al.	Revisión sistemática y metaanálisis. 2022	<p>Es un estudio que forma parte de un conjunto más amplio de metaanálisis, realizado para sintetizar los factores de riesgo potencialmente modificables para el desarrollo del TDAH en la descendencia.</p> <p>En los términos de búsqueda, se incluye tanto el diagnóstico como la sintomatología del TDAH y en los términos de búsqueda específicos utilizados para identificar los estudios de factores de riesgo de salud mental de los padres fueron las palabras clave "parental O materno O prenatal O perinatal O angustia O estrés O trastorno mental O salud mental O ansiedad O depresión* O bupropión O antidepresivo". Se incluyen todos los artículos en inglés antes de febrero del 2014 y se agregan las últimas publicaciones relevantes posteriores, obteniendo como resultado 77 estudios de los que se eligen 38 para su análisis.</p> <p>También se realiza una revisión bibliográfica en enero de 2021 en los mismos términos, incluyendo de ésta 20 artículos adicionales sumando un total de 58 estudios para examinar la relación entre los factores de riesgo de salud mental de los padres y los resultados del TDAH en los niños.</p>	<p>Se llega a la conclusión de que aunque el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) esté probablemente relacionado con efectos combinados de factores genéticos, biológicos y ambientales y sus interacciones. La salud mental de los padres influye positivamente con el riesgo de padecer TDAH por parte de los hijos.</p> <p>Así pues, se asocia la depresión perinatal de la madre del mismo modo que el trastorno antisocial de los padres con el riesgo posterior de TDAH en la descendencia y la depresión paterna siempre que la madre también experimente depresión perinatal al mismo tiempo.</p>	10/10

<p>Asociación entre la depresión perinatal y el riesgo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad entre los niños. Nidey et al.</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo. 2021</p>	<p>Se analizan 5.636 parejas de madres e hijos con seguro privado en el estado de Iowa, de estas, 484 madres fueron diagnosticadas con depresión durante el periodo perinatal y 269 niños fueron diagnosticados con TDAH.</p>	<p>Obteniendo como resultado que los niños nacidos de madres con un diagnóstico de depresión perinatal, tenían tres veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de TDAH que los niños nacidos de madres no deprimidas.</p> <p>Tanto la depresión posparto (DPP) como la psicosis posparto (PPP) de la madre influyen en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y solo la depresión posparto en el desarrollo del trastorno del espectro autista (TEA), obteniendo un resultado positivo.</p> <p>Se confirma por tanto, que la salud mental de la madre después del parto tiene una elevada influencia en el riesgo de desarrollo de TDAH del niño. Asociándose la depresión posparto de la madre (PPD) con el TDAH y con el TEA del hijo y la psicosis posparto solo con el (TDAH), destacando la importancia de su prevención y tratamiento para mejorar los resultados generales de salud materna e infantil, pudiendo esto mejorar los resultados entre los niños con TDAH.</p>	<p>10/10</p>
<p>Angustia materna durante el embarazo y mecanismos subyacentes y resultados del desarrollo del niño. Jellicic et al.</p>	<p>Revisión narrativa. 2022</p>	<p>El artículo analiza los hallazos de estudios longitudinales en los que se monitorea el desarrollo infantil temprano en relación con la presencia de angustia materna durante el embarazo y el periodo posparto</p>	<p>El estrés, la ansiedad y la depresión materna está estrechamente relacionada con el desarrollo del niño. Actuando éstos como factores de riesgo en el desarrollo de problemas internalizantes, y externalizantes, riesgo de TDAH y TEA. temperamento más difícil, y en bebés de 16 a 18 meses poca capacidad de atención.</p> <p>El desarrollo neurológico del niño que se ve afectado como consecuencia de los problemas mentales sufridos por la madre, hace necesaria la monitorización de la angustia materna tanto prenatalmente como en el periodo posparto, debido a las</p>	<p>10/10</p>

<p>Depresión perinatal y resultados del desarrollo infantil a los 2 años del posparto. Nix, et al</p>	<p>Estudio longitudinal prospectivo. 2021</p>	<p>Se analiza una muestra de 61 parejas de mujeres y sus hijos de las 98, que habían sido reclutadas durante el embarazo y estratificadas en tres grupos de participantes según si existía, había existido o si no había síntomas depresivos por parte de la madre para analizar cómo repercute la depresión perinatal en el desarrollo infantil.</p>	<p>La depresión perinatal no se observa que directamente con el desarrollo socioemocional, cognitivo o lingüístico pero sí con el comportamiento de adaptación social de los niños, afectando directamente la depresión de la madre en el desarrollo neuroconductual del niño.</p>	<p>10/10</p>
<p>Maternal Patterns of Antenatal and Postnatal Depressed Mood and the Impact on Child Health at Three Years Postpartum. Rotheram Fuller et al</p>	<p>Ensayo de control aleatorio. 2019</p>	<p>Se coge una muestra de 1238 mujeres embarazadas en 24 barrios periurbanos de Ciudad del Cabo, Sudáfrica, asignando al azar por barrio una intervención de visitas domiciliarias o a una condición de atención estándar. Se vuelve a evaluar entre el 93% y el 85% de las madres a las 2 semanas, 6, 18 y 36 meses después del nacimiento. Se realizaron regresiones sobre medidas de crecimiento, comportamiento, lenguaje y cognición de los niños para examinar el impacto de cuatro patrones de estado de ánimo deprimido: solo prenatal, solo postnatal, prenatal y postnatal y ningún estado de ánimo deprimido en ninguna evaluación.</p>	<p>El estado de ánimo deprimido posnatal más próximo parece tener mayor influencia en los hijos en comparación con el estado de ánimo deprimido prenatal. Se asocia con problemas más internalizantes y externalizantes y problemas de conducta difícil pero no con compañeros hasta los 6 años de edad.</p>	<p>10/10</p>
<p>Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. Dagher.</p>	<p>Estudio transversal 2021</p>	<p>Se realiza una revisión en la que se comparan estudios que utilizan diferentes diseños, instrumentos y entornos con el objetivo de relacionar la depresión de la madre con los efectos sobre los hijos.</p>	<p>Los niños cuyas madres sufrieron depresión posparto perinatal (PND) tienen mayor riesgo de sufrir internalización y externalización, temperamento más difícil, niveles bajos de actividad, expresiones faciales y niveles bajos de atención. Podemos detectar en este estudio derivado de la depresión perinatal materna, síntomas característicos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la infancia</p>	<p>10/10</p>

<p>Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries. Honda</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis. 2023</p>	<p>Se utilizó una estrategia sistemática para buscar en seis bases de datos estudios de países de ingresos bajos y medianos, publicados entre 2010 y 2021, sobre los problemas de salud mental experimentados por los padres y el desarrollo socioemocional de sus hijos. Se realizó un metaanálisis para calcular los odds ratios (OR) combinados y las diferencias de medias estándar (DME).</p>	<p>Se obtuvo como resultado que existe una clara relación entre la depresión posparto materna y las conductas externalizantes, asociándose con tasas más altas de problemas conductuales y emocionales en los niños de entre 24 y 59 meses en los países de ingresos bajos y medios (PIMB)</p>	<p>10/10</p>
<p>Cogniciones maternas y desarrollo cognitivo, conductual y emocional en la infancia. Alvarez,y Szűcs.</p>	<p>Estudio descriptivo transversal. 2023</p>	<p>Los participantes seleccionados fueron 10.867 diadas madre-hijo: una muestra representativa a nivel nacional de niños de 7 a 12 años (<i>M</i> edad = 10,1 años; <i>DE</i> = 1,3; 49,16% niñas). Los datos fueron recolectados en 2017 a través de visitas domiciliarias de la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia de Chile. Los análisis que realizamos fueron descriptivos, de frecuencia, de correlaciones y de regresión multivariada. Nuestra muestra grande y representativa nos permitió estimar los tamaños del efecto con precisión y generalizar nuestros resultados a una población amplia.</p>	<p>La depresión de la madre está estrechamente relacionada con el desarrollo de problemas de internalización y externalización del niño.</p>	<p>10/10</p>
<p>Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. Kingston</p>	<p>Estudio de cohorte longitudinal prospectivo. 2018</p>	<p>Se analizan datos del estudio All Our Families (AOF), una gran cohorte poblacional de embarazos de diadas madre-hijo en Alberta, Canadá. Se realiza un análisis longitudinal de clases latentes para identificar las trayectorias de los síntomas depresivos de las mujeres en cuatro momentos temporales desde el embarazo hasta el año posparto. Se utiliza regresión logística multivariada para evaluar la relación entre las trayectorias de los síntomas depresivos maternos y el comportamiento de los niños.</p>	<p>Existe relación entre los síntomas depresivos maternos y la conducta infantil con rasgos de hiperactividad y falta de atención, agresión física, trastorno emocional y ansiedad y ansiedad por separación.</p>	<p>10/10</p>
<p>Depresión posparto y TDAH en la descendencia. Christaki et al.</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis.2022</p>	<p>Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, donde se incluyen artículos hasta el 28 de febrero de 2021 y se realiza metaanálisis de efectos aleatorios y análisis de metarregresión. Se incluyeron nueve estudios de cohortes y dos estudios de casos y controles publicados entre 2003 y 2019, estudios que implementaron análisis multivariados y encuestas basadas en registros</p>	<p>Los síntomas del TDAH, hiperactividad/falta de atención se han asociado significativamente con la depresión posparto (PPD) de la madre y crianza hostil/ineficaz.</p>	<p>10/10</p>

<p>Salud mental posnatal materna y síntomas de TDAH en la descendencia los 8-9 años: vías a través del comportamiento parental. Mulraney, et al.</p>	<p>Estudio longitudinal. 2019</p>	<p>En el estudio actual se incluyeron madres biológicas que viven con sus hijos que participaron en el Estudio Longitudinal de Niños Australianos con datos disponibles de niños de 3 a 12 meses y niños de 8 a 9 años. Evaluando la angustia posparto mediante el informe de los padres de niños de 3 a 12 meses. La calidez, la hostilidad y la coherencia de los padres se evaluaron mediante el informe de los padres en la fase 5. El estado del TDAH en la fase 5 se determinó mediante el informe de los padres de que el niño tenía un diagnóstico de TDAH/TDA o un nivel elevado de TDAH. síntomas según informe de los padres y maestros.</p>	<p>Existe relación entre la angustia posparto materna y el desarrollo emocional y conductual de los hijos. Teniendo, sin embargo, mayor probabilidad de desarrollar problemas conductuales los hijos de madres sin depresión o angustia posparto con falta de calidez parental que los hijos de madres con angustia o depresión posparto con mayor calidez en el cuidado de sus hijos.</p> <p>Los hallazgos resaltan la importancia de la identificación e intervención tempranas para la angustia posparto materna, ya que el tratamiento podría evitar que las madres desarrollen prácticas parentales hostiles y también interrumpir el desarrollo del TDAH en los hijos.</p>	<p>10/10</p>
<p>Efecto de la zuranolona frente al placebo en la depresión posparto (PPD), Deligiannidis, et al.</p>	<p>Ensayo clínico de fase 3, aleatorizado, ambulatorio y controlado. 2021</p>	<p>Se coge una muestra de 153 participantes, todos ellos mujeres de entre 18 y 45 años, 6 meses o menos después del parto, con PPD (episodio depresivo mayor que comienza en el tercer trimestre o ≤4 semanas después del parto) y una puntuación inicial de 26 en la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión de 17 ítems (HAM-D-17) o más alto. Siendo un total de 76 pacientes tratadas con placebo y 77 tratadas con zuranolona., 30 mg durante un periodo de 45 días.</p>	<p>Con el tratamiento de zuranolona se obtuvieron mejoras significativas desde el inicio en la puntuación HAM-D-17 que se mantuvieron hasta el día 45 en cambio para el placebo no se obtuvieron mejoras hasta el día 15.</p> <p>Los rápidos efectos antidepresivos de la zuranolona en mujeres con depresión posparto, hacen pensar que éste fármaco será de gran utilidad para tratar los síntomas de la referida patología.</p>	<p>10/10</p>
<p>Farmacología preclínica y clínica de la brexanolona (alopregnanolona) para la depresión posparto: un viaje histórico desde el concepto hasta la clínica en la terapia de reemplazo de neuroesteroides. Reddy et al.</p>	<p>Revisión. 2023</p>	<p>Se realiza una revisión de los diferentes estudios realizados con el tratamiento de la brexanolona para la PPD para evaluar su seguridad, tolerabilidad y eficacia</p>	<p>Estudios clínicos, demuestran que la BX mejoró significativamente los síntomas de la PPD a las pocas horas de su administración, con efectos secundarios tolerables que incluyen dolor de cabeza, mareos y somnolencia. Ofreciendo los neuroesteroides como la brexanolona ventajas sobre los antidepresivos utilizados tradicionalmente por su inicio rápido, mecanismo único y una falta de tolerancia tras el uso repetido. Algunas limitaciones de la terapia con BX incluyen falta de solubilidad acuosa, accesibilidad limitada, hospitalización para tratamiento, falta de producto oral y eventos adversos graves en dosis altas.</p>	<p>10/10</p>

<p>Efecto de la brexanolona sobre los síntomas depresivos, la ansiedad y el insomnio en mujeres con depresión posparto: análisis agrupados de 3 ensayos clínicos doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo en el programa clínico HUMMINGBIRD. Epperson, et al.</p>	<p>Ensayo clínico doble ciego aleatorizado y controlado. 2023</p>	<p>Análisis post hoc donde se incluyeron mujeres adultas con PPD asignados al azar a una infusión de 60 h de brexanolona 90 µg/kg/h (BRX90) o placebo de los 3 ensayos. Se agruparon los datos sobre el cambio desde el inicio (CFB) en la puntuación total de la Escala de Calificación de Hamilton para la Depresión (HAMD-17) de 17 ítems, las subescalas de Ansiedad/Somatización e Insomnio de HAMD-17 y la escala de Impresión Clínica Global de Mejoría (CG-I). Se analizaron las tasas de respuesta para las escalas HAMD-17 (reducción ≥ 50 % desde el inicio) y CG-I (puntuación de 1 o 2) y el tiempo hasta la respuesta.</p>	<p>Se obtuvo como resultado una respuesta HAMD-17 más rápida de 24h los que habían recibido BRX90 frente a 36 h los que recibieron placebo con una tasa de respuesta de 60 horas del 81,4 % en pacientes con BRX90 frente al 67,3 % en los que fue administrado el placebo. Sin embargo, a pesar de que la brexanolona se asoció con una clara mejoría de los síntomas depresivos, de ansiedad e insomnio en comparación con el placebo, el estudio no tuvo el poder estadístico suficiente como para evaluar los resultados exploratorios.</p>	<p>10/10</p>
<p>Enfoques farmacoterapéuticos actuales y Desarrollo de nuevos antidepresivos GABAérgicos en la depresión posparto. Carlini et al.</p>	<p>Diálogos en neurociencia clínica. 2023</p>	<p>Se realiza una revisión sobre los diferentes fármacos destinados al tratamiento de la depresión posparto (PPD) mediante comparación de los efectos que producen los antidepresivos de tratamiento estándar (SOC) y los (NAS) nuevos tratamientos</p>	<p>Aunque los antidepresivos tradicionales (SOC) son eficaces para tratar la depresión posparto en muchos pacientes, el tiempo de respuesta puede ser prolongado y el tratamiento crónico mientras que los nuevos tratamientos (NAS) son terapias de acción rápida con una respuesta duradera. Los NAS (esteroides neuroactivos), por tanto, son un tratamiento más adaptado para la depresión posparto (DPP) que los SOC (antidepresivos de tratamiento estándar como son ISRS, ATC...) por sus rápidos efectos y repuesta duradera.</p>	<p>10/10</p>
<p>Caracterización preclínica de la zuranolona (SAGE-217), un esteroide neuroactivo selectivo modulador alostérico positivo del receptor GABA A. Althaus et al.</p>	<p>Análisis clínicos. 2020</p>	<p>Se realizan diferentes análisis clínicos para si la zuranolona actúa mejorando el receptor GABA.</p>	<p>En el presente artículo se obtiene como resultados que la zuranolona al igual que la brexanolona actúan mejorando el receptor GABA quien juega un papel fundamental en la función cerebral regulando la excitabilidad neuronal en los circuitos corticales y subcorticales. La zuranolona como tratamiento de la PPD, ofrece grandes beneficios ya que además de mejorar el receptor GABA A, regulando en consecuencia los síntomas de la depresión posparto, su administración es vía oral</p>	<p>10/10</p>

<p>Eficacia comparativa y aceptabilidad de farmacoterapias para la depresión posparto. Zhang et al.</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis en red. 2022</p>	<p>Se realiza una búsqueda en las bases de datos Ovid y PubMed, Embase, Cochrane Library, Web of Science y Google Scholar para identificar ensayos controlados aleatorios con el objetivo de evaluar la eficacia y tolerabilidad de las farmacoterapias utilizadas para la depresión posparto (PPD) para ello, se realiza una revisión sistemática y metaanálisis en el que se incluyen para su comparación, un total de 11 estudios con 944 participantes, que incluyeron nueve antidepresivos.</p>	<p>Solo el estradiol, paroxetina, zuranolona y la brexanolona fueron significativamente más efectivos que el placebo para tratar la depresión posparto (PPD). Con respecto a la eficacia, sólo el estradiol y la brexanolona fueron significativamente más efectivos que el placebo ($p < 0,05$), y el SUCRA calculado indicó que el estradiol (94,3%) tenía la mayor probabilidad de reducir el PPD, seguido por la paroxetina (64,3%), y zuranolona (58,8%). En cuanto a la tolerabilidad, un mayor porcentaje de pacientes tratados con brexanolona experimentaron un abandono temprano en comparación con los tratados con la mayoría de los otros antidepresivos.</p>	<p>10/10</p>
<p>Brexanolona intravenosa para la depresión posparto ¿qué es, qué tan bien funciona y si se usará?. Faden & Citrome.</p>	<p>Revisión. 2020</p>	<p>En el presente artículo se revisan las consideraciones prácticas, logísticas y el potencial de la brexanolona en la terapia para el tratamiento de la depresión posparto (PPD) analizando para ello la eficacia de nueve fármacos como tratamiento.</p>	<p>Aunque todos los antidepresivos utilizados como tratamiento para tratar la depresión posparto (PPD) fueron más eficaces que el placebo, sólo el estradiol, paroxetina, zuranolona y brexanolona mostraron resultados más significativos, siendo la brexanolona la que peor se toleró.</p>	<p>10/10</p>
<p>Zuranolona: neuroesteroide sintético en el tratamiento de trastornos mentales. Marecki. et al.</p>	<p>Revisión narrativa. 2023</p>	<p>Mediante el presente artículo se resumen los conocimientos sobre la zuranolona como tratamiento para la depresión posparto (PPD)</p>	<p>Mejora las puntuaciones de HAMD-17 aliviando los síntomas a mujeres con depresión posparto sobre el día 15 notándose los efectos desde el día 3 y hasta el día 45, mejorando la ansiedad y funcionamiento global materno.</p>	<p>10/10</p>
<p>Desarrollo de esteroides neuroactivos para el tratamiento de la depresión posparto. Gunduz-Bruce et al.</p>	<p>Revisión bibliográfica. 2022</p>	<p>Se repasan los hallazgos que relacionan las alteraciones de las hormonas neuroesteroides como posibles responsables de la fisiopatología de la depresión posparto y el posible enfoque terapéutico teniendo en cuenta estas alteraciones de hormonas neuroesteroides.</p>	<p>Se relaciona las alteraciones de las hormonas neuroesteroides con la depresión posparto, pudiendo ser los tratamientos con esteroides neuroactivos (NAS) los que den solución a la referida patología</p>	<p>10/10</p>
<p>Avances en farmacoterapia para la depresión posparto.</p>	<p>Revisión bibliográfica. 2022</p>	<p>Mediante el presente artículo se revisa la eficacia de los antidepresivos estándar y las terapias hormonales y los</p>	<p>El desarrollo terapéutico reciente para la depresión posparto se centra en los NAS GABAérgicos como alternativa más efectiva</p>	<p>10/10</p>

<p>una revisión estructurada de los antidepresivos estándar y nuevos antidepresivos esteroides neuroactivos. Kaufman et al.</p>		<p>esteroides neuroactivos en el tratamiento de la depresión posparto</p>	<p>para tratar la depresión posparto en comparación con otros tratamientos antidepresivos tradicionales que venían utilizándose.</p>	
<p>Comparaciones indirectas de estimaciones de eficacia relativa de zuranolona e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión posparto. Meltzer-Brody et al.</p>	<p>Metaanálisis.2024</p>	<p>El objetivo del presente artículo es demostrar la eficacia de la zuranolona como tratamiento específico para la depresión posparto respecto a los inhibidores de recaptación de serotonina y terapias combinadas utilizadas para tratar la depresión posparto en los EE.UU.</p>	<p>Los pacientes que fueron tratados con zuranolona frente a los que fueron tratados con inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, mostraron ya desde el día 15 una reducción mayor de los síntomas.</p>	<p>10/10</p>
<p>Long-Term Maternal and Child Outcomes Following Postnatal SSRI Treatment. Liu et al.</p>	<p>Estudio de cohorte.2023</p>	<p>Se utilizan datos longitudinales del Estudio de cohorte noruego de madres, padres e hijos. Las mujeres participantes fueron reclutadas en las semanas 17 a 18 de embarazo de 1999 a 2008 y fueron seguidas prospectivamente después del parto. El análisis de datos se realizó entre diciembre de 2021 y octubre de 2022.</p>	<p>La administración de ISRS como tratamiento farmacológico para la depresión posparto (PPD) hizo que disminuyesen las asociaciones negativas entre la depresión posparto y la depresión materna, la satisfacción de la relación de pareja, los problemas de externalización del hijo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) hasta 5 años después del parto.</p>	<p>10/10</p>

Fuente: elaboración propia

5. DISCUSIÓN

Mediante la presente revisión bibliográfica alcanzamos una visión global y actualizada sobre como la depresión posparto de la madre, puede actuar como factor de riesgo en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la descendencia, sobre cuáles son los avances farmacológicos que nos pueden ayudar a paliar la sintomatología característica de la depresión posparto, y por ende evitar o reducir que se produzca en los hijos el referido trastorno.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión y una revisión exhaustiva de la bibliografía se seleccionaron un total de 23 artículos científicos con el objetivo de analizar los diferentes asuntos planteados con mayor profundidad. Para ello dividiremos nuestras investigaciones en tres campos a fin de dar respuesta a los tres objetivos específicos planteados anteriormente.

Objetivo 1: Estudiar la frecuencia de diagnósticos de TDAH en niños cuyas madres experimentaron depresión posparto en comparación con aquellos cuyas madres no la sufrieron

El primero de nuestros objetivos, era averiguar si existía relación entre la depresión posparto de la madre y el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la descendencia.

Entre los artículos seleccionados, 12 de ellos tenían como objetivo demostrar si existía dicha relación, pudiendo observar tras el análisis de los mismos, lo siguiente:

En primer lugar, que la mayoría de los artículos analizados son publicados a partir del año 2021, y es por esto, por lo que podemos deducir que el interés científico por estudiar si la depresión posparto de la madre (PPD) puede influir o no en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de los hijos, es relativamente reciente.

Por otra parte, si pasamos a analizar los artículos encontrados, observamos que no todos los artículos centran su atención en la depresión posparto de la madre como factor de riesgo en el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de los hijos, así pues, existen algunos artículos que centran sus estudios no solo en los problemas mentales de la madre sino en los de ambos progenitores. Así pues, (Robinson et al, 2022), examina la relación entre el estrés y la salud mental de ambos progenitores como factor de riesgo. Obteniendo como resultado de su investigación que el estrés y la depresión de éstos se asocian significativamente con un mayor riesgo de TDAH en general , tanto en los síntomas como en el diagnóstico pero más específicamente el estrés y la ansiedad maternos, el estrés prenatal materno, la depresión materna , la depresión posparto y la depresión paterna, aunque si bien es cierto, según (Letourneau et al, 2019), la depresión paterna solo se asociará con problemas de conducta infantil en el caso de que la madre también experimente depresión perinatal.

Por otra parte, destacar que no todos los autores centran su atención en la depresión sufrida por la madre después del parto, ya que algunos de ellos hablan de depresión perinatal

abracando tanto el periodo prenatal como el postnatal. Así pues, tal y como informa (Robinson, et al, 2022) en su artículo, ya desde el periodo antes del parto se ha demostrado que las exposiciones prenatales de la madre al estrés y la depresión, pueden provocar cambios cerebrales fetales y de la primera infancia, pudiendo esto provocar un riesgo potencial posterior en el desarrollo del niño a nivel neuroconductual. Sin embargo, a pesar de esta diferenciación hecha por los diferentes autores a la hora de centrar la problemática, podemos observar que tanto si la depresión de la madre se produce antes del nacimiento como si se produce después, se observa que puede acarrear graves consecuencias sobre su hijo quien verá aumentada su exposición al riesgo de sufrir un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (Robinson et al, 2022) Aunque por otra parte, (Rotheram Fuller et al, 2019) el estado deprimido postnatal más próximo parece tener mayor influencia sobre el riesgo de desarrollar problemas a nivel neuroconductual en la descendencia.

Del mismo modo, también observamos, que a pesar de que todos los artículos hacen referencias a problemas conductuales como consecuencia directa de la depresión perinatal materna (pre o posparto), no en todos se habla del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) directamente, aunque sí de síntomas mediante los cuales podemos identificar el trastorno mencionado. Así pues, hay autores como (Honda et al, 2023), que diferencian problemas conductuales de internalización (retraimiento, ansiedad, miedo, depresión y quejas) que normalmente suelen estar asociados o coexistir con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y problemas conductuales de externalización (hiperactividad, agresión, desafío y comportamiento destructivo) o (Jeličić et al, 2022), quien añade el trastorno del espectro autista (TEA). Otros como (Dagher et al, 2021), (Jeličić et al, 2022) y (Honda et al, 2023) que indican que los síntomas depresivos maternos pueden afectar al temperamento infantil. Además, por otra parte, (Rotheram Fuller et al, 2019), notifica cierta gravedad en la problemática con los compañeros a los 6 años y conductuales en todas las edades estudiadas y (Jeličić et al, 2022) quien menciona los bajos niveles de atención.

Y ya por último (Mulraney et al, 2019) introduce otro elemento de valoración ya que si bien hace referencia al desarrollo conductual de los hijos como consecuencia de la depresión posparto de la madre, introduce como nuevo elemento en ésta ecuación la hostilidad de los padres, concluyendo que estos problemas conductuales que desarrollaron los hijos de madres con depresión posparto, estuvieron medidos por la hostilidad de los padres pero no por la calidez, ya que incluso después de tener en cuenta la salud mental materna concurrente. La angustia posparto se asoció más fuertemente con una menor calidez parental en las madres sin antecedentes de depresión en comparación con las madres con antecedentes de depresión.

Por todo ello podemos llegar a la conclusión siendo los mecanismos causales que influyen en el riesgo de desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

en los hijos, a aspectos como el estrés prenatal materno y la depresión posparto debemos prestarles especial atención ya que siendo estos factores de riesgo modificables, a través de ellos, tenemos la posibilidad de prevenir o mitigar el referido trastorno sufrido por los hijos ya que al promover la salud mental de la madre podremos prevenir la aparición o reducir la persistencia de trastornos mentales infantiles como es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Objetivo 2: Revisar los enfoques farmacológicos actuales empleados para mejor manejo de la depresión posparto (PPD).

Respecto a nuestro segundo objetivo, tras realizar una búsqueda bibliográfica seleccionamos un total 11 artículos para su posterior análisis, siendo la mayoría de éstos publicados en el 2023 lo que nos hace deducir que las actualizaciones farmacológicas utilizadas para tratar la depresión posparto, son relativamente recientes.

Destacar en primer lugar que los estudios que hemos analizado, hacen referencia a dos tipos de fármacos. Los utilizados históricamente como tratamiento de la depresión posparto conocidos como SOC, y entre los que se encuentran los (ISRS, ISRSN, ATC, tratamientos hormonales y los tratamientos con fármacos NAS, entre los que se encuentran los más recientes.

Entre los estudios realizados se explora, sobre todo, el efecto de los NAS (Brexanolona y Zuranolona) como tratamientos específicos para tratar la depresión posparto frente a los SOC (Siendo estos lo que se ha venido utilizando a lo largo de la historia a pesar de no ser específicos de la depresión posparto).

Así pues, En los artículos analizados, se estudiaba los efectos del tratamiento con NAS en mujeres previamente diagnosticadas con depresión postparto según el DSM-5. De estos artículos, autores como (Reddy et al., 2023), (Epperson et al, 2023), (Faden et al., 2020) exploraban los efectos del tratamiento con brexanolona, autores como (Deligiannidis et al, 2021), (Althaus et al, 2020), (Marecki et al., 2023), estudian los efectos del tratamiento con zuranolona y autores como (Gunduz- Bruce et al, 2022), (Kaufman et al., 2022), (Zhang et al., 2022), (Carlini et al, 2023), y (Meltzer- Brody et al., 2024) realizaban comparativas de éstos fármacos con antidepresivos tradicionales.

Los esteroides neuroactivos (NAS) para el tratamiento de la DPP pueden tener un papel fundamental ya que existen hallazgos que relacionan las alteraciones de las hormonas neuroesteroides como posibles responsables de la fisiopatología de la depresión posparto (PPD) (Gunduz- Bruce et al, 2022) y entre ellos distinguimos por una parte la Brexanolona y por otra la Zuranolona.

La Brexanolona, es un fármaco químicamente idéntico al esteroide neuroactivo alopregnanolona una opción novedosa para la depresión posparto, cuyo mecanismo de acción actúa sobre el receptor GABA-A como modulador alostérico positivo, ya que la señalización GABAérgica se ha implicado en la etiología de la depresión posparto (DPP), por lo que los esteroides neuroactivos como la Brexanolona que son potentes moduladores del GABA pueden desempeñar un papel fundamental en la reducción de los síntomas característicos de la depresión posparto (PPD)

Los ensayos clínicos realizados por (Reddy et al, 2023), (Epperson et al, 2023), (Carlini et al, 2023), (Althaus et al, 2020), (Zhang et al, 2022), (Faden et al, 2020) y (Kaufman et al, 2022), estudiaban el efecto del tratamiento con brexanolona en la depresión postparto y concluyeron que la brexanolona es un fármaco que tiene efectos rápidos y duraderos respecto a la disminución de los síntomas característicos de la depresión posparto (PPD), midiendo estos efectos a través del uso de escalas validadas. (HAMD, EPDS, GAD7 y PHQ9). Respecto a los efectos secundarios que informados por los pacientes tratados con brexanolona, decir que fueron de intensidad leve-moderada y que entre ellos los más frecuentes fueron la cefalea, el mareo y la somnolencia, no habiéndose éstos prolongado en el tiempo. y poco prolongados en el tiempo. Por otra parte, destacar que este fármaco se administraba por perfusión intravenosa durante 60 horas lo que hacía que el tuviera que permanecer ingresados en el hospital ya que requería una administración y control posterior por parte de profesionales sanitarios, suponiendo esto mayor complejidad para el desarrollo de los ensayos clínicos y convirtiéndolo en un tratamiento más costoso.

A pesar de la complejidad de los ensayos, cabe destacar que en todos ellos se emplearon escalas diagnósticas validadas, de amplio uso en clínica, para valorar la reducción de la sintomatología de la depresión postparto tras la aplicación de los tratamientos. Sin embargo, a pesar de utilizar escalas validadas, no siempre se utiliza la misma escala, y esto es algo a tener en cuenta, aunque coincidan en sus resultados.

Por otra parte, los resultados de los ensayos clínicos que estudiaban el impacto del tratamiento con zuranolona, como el de (Althaus et al. 2020) concluyeron que al igual que la brexanolona los pacientes que recibieron este fármaco para tratar los síntomas característicos de la depresión posparto encontraron mejoría ya desde el primer día atribuyendo al fármaco del mismo modo un efecto rápido y duradero disminuyendo los síntomas característicos de la depresión posparto, medidos con las diferentes escalas utilizadas para la valoración de síntomas depresivos en mujeres tras el parto (HAMD, EPDS, GAD7 y PHQ9).

Se obtuvieron como resultados una mejora de las puntuaciones de HAMD-17 aliviando los síntomas a mujeres con DPP el día 15 notándose efectos desde el tercer día y manteniéndose hasta el 45 que fue el último que se analizó (Merecki et al, 2023), en cambio según el estudio realizado por (Meltzer-Brody et al, 2024) en el que se utilizaba placebo, no se obtuvieron resultados hasta el día 15.

Los rápidos efectos de la zuranolona en mujeres con depresión posparto hacen pensar que éste fármaco será de gran utilidad para tratar los síntomas de la referida patología. (Deligiannidis et al, 2021)

En cuanto a los efectos secundarios, los estudios apuntaron que éstos carecían de relevancia significativa, siendo los más frecuentes, dolor de cabeza, mareos, infección del tracto respiratorio superior, diarrea y sedación, siendo estos poco duraderos y no informándose eventos de pérdida de conciencia ni efectos adversos relacionados con la interrupción del tratamiento después del tratamiento, síndrome de abstinencia o empeoramiento de la depresión. (Deligiannidis et al, 2021)

Respecto a la forma de administración, la zuranolona se administraba via oral, de forma ambulatoria lo que la hace un tratamiento más accesible y posiblemente con mayor índice de adherencia. (Althaus, et al, 2020)

Tanto la zuranolona como la brexanolona actúan mejorando el receptor GABA quien juega un papel fundamental en la función cerebral regulando la excitabilidad neuronal en los circuitos corticales y subcorticales. (Deligiannidis et al, 2021)

Por otro lado, se revisa la eficacia de los antidepresivos estándar y las terapias hormonales y los esteroides neuroactivos (NAS) en el tratamiento de la depresión posparto. Resultado que pueden obtener los NAS tiempo de respuesta y resultados más rápidos que los tradicionales. (Kaufman et al, 2022). Así pues, pacientes tratados con zuranolona vs pacientes tratados con ISRS mostraron ya desde el día 15 una mayor reducción de los síntomas. (Meltzer-Brody et al, 2024) ya que aunque los primeros son eficaces SOC para muchos pacientes el tiempo de respuesta puede ser prolongado y el tratamiento crónico mientras que los NAS son terapias de acción rápida con una respuesta duradera. (Carlini et al, 2023)

Solo el estradiol, la paroxetina(ISRS), la zuranolona y la brexanolona mostraron mayor eficacia y aunque todos los tratamientos utilizados para tratar los síntomas de la depresión posparto fueron más eficaces que el placebo fueron éstos los que mostraron resultados más significativos siendo la brexanolona la que peor se toleró. (Zhang et al, 2020) y (Faden et al, 2020).

Objetivo 3 Evaluar si un tratamiento adecuado en las mujeres que padecen depresión posparto (PPD) reduce los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la descendencia.

Para dar respuesta a nuestro tercer objetivo se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, de las cuales únicamente obtuvimos un artículo, correspondiente al año 2023 lo que nos hace pensar, que el interés sobre el asunto es relativamente reciente.

Como hemos podido observar de los artículos analizados para dar respuesta a nuestro primer objetivo, los niños nacidos de madres con depresión posparto muestran mayores problemas conductuales, siendo la depresión posparto (PPD) de la madre un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la descendencia, asociándose la remisión de los síntomas con la normalización de los problemas de comportamiento y psicopatología de los niños expuestos. (Liu et al, 2023), sin embargo, existen pocos estudios en los que se analiza concretamente si tratar a las madres con depresión posparto (PPD), puede actuar evitando o reduciendo el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de los hijos.

Así pues, únicamente (Liu et al, 2023) se realiza un estudio al respecto. En el se incluyen a 177 mujeres que cumplieran los criterios para el diagnóstico de depresión posparto más grave y se asocia con una serie de resultados adversos maternoinfantiles. Entre ellos, una menor satisfacción en la relación madre hijo desde el mes 6 a los 3 años posparto, niveles más altos de internalización infantil y conductas de externalización medidas entre el 1, 5 años y medio y 5 años de edad, un peor desarrollo motor y del lenguaje entre el 1,5 años y los 3 años y síntomas de déficit de atención/hiperactividad (TDAH) a los 5 años, que es el aspecto que interesa para nuestra valoración.

Con estos datos a las madres con depresión posparto se les administro ISRS obteniendo como resultado que el tratamiento moderó cualquier asociación observada entre la depresión posnatal y los resultados maternos e infantiles a largo plazo, asociando el tratamiento con un riesgo reducido de depresión materna posterior y conductas de externalización infantil y TDAH que se asociaban con la depresión posparto (PPD) de la madre.

De esto, aunque son prácticamente inexistentes los estudios realizados hasta la fecha, de estos hallazgos podemos deducir que es que el tratamiento adecuado para la depresión posparto podría dar además solución no solo a las madres que sufren, sino también, a los hijos a quienes podría evitarse o reducirse estas consecuencias negativas.

5.1. Riesgo de Sesgo entre los estudios:

En las limitaciones metodológicas, destacar que nuestras investigaciones se basan en trabajos realizados anteriormente, lo que supone la posibilidad de encontrar datos que carezcan de rigor científico, durante el proceso, mantener el foco, orientar los métodos, identificar las variables de estudio para encontrar soluciones y poder plasmarlo en la Revisión Sistemática.

A la hora de realizar el proyecto debemos tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, el idioma que normalmente se utilizan artículos en inglés o español y el periodo de antigüedad que en nuestro caso ha sido de 5 años. Todo ello con el objetivo de limitar la búsqueda.

5.2. Conflicto de intereses

Este proyecto de investigación no tiene conflicto de intereses, los artículos fueron obtenidos en bases de datos de acceso libre y se muestran los autores citados en la bibliografía. No es un proyecto financiado.

5.3. Limitaciones del estudio.

Las limitaciones encontradas en el presente estudio han sido las siguientes:

En primer lugar, la planificación, ya que organizar el proceso de trabajo y distribuir el tiempo no siempre ha sido fácil, siendo esta limitación la limitación más importante a tener en cuenta ya que se necesita un cronograma con la distribución de los apartados del trabajo y el tiempo que hay para cada entrega.

En segundo lugar, la revisión bibliográfica, presenta una serie de dificultades ya que obtener artículos no siempre ha resultado fácil, y además, no todos son de acceso libre, algunos tienen restricciones y es más complicado trabajar, además de que tampoco existe mucha información del tema a tratar.

Y en tercer lugar, los artículos ya que no todas las publicaciones son válidas y tenemos que descartar bastantes para poder centrar la búsqueda y poder resolver la pregunta de investigación.

6. CONCLUSIONES.

La depresión posparto de la madre, puede provocar efectos muy negativos sobre la descendencia, así pues, podemos identificar derivados de ésta, problemas conductuales de internalización como retraimiento, ansiedad, miedo, depresión, quejas o el desarrollo de trastornos como el trastorno del especto autista (TEA), y problemas conductuales de externalización como hiperactividad, agresión, desafío y comportamiento destructivo o desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Existe relación entre la depresión posparto de la madre como factor de riesgo para el desarrollo del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de los hijos, pero esto no significa que el hecho de que la madre sufra depresión posparto, determina que vaya a provocar en la descendencia necesariamente la aparición de éste trastorno ya que existen otros factores que no son la depresión posparto de la madre los que pueden provocar su desarrollo en la descendencia.

Respecto a los nuevos enfoques farmacológicos parece que tanto la brexanolona como la zuranolona, esteroides neuroactivos (NAS) que actúan mejorando el receptor GABA, son los elegidos para tratar los síntomas característicos de la depresión posparto por ofrecer una respuesta más rápida y duradera en la reducción o desaparición de los referidos síntomas depresivos.

El tratamiento establecido para la depresión posparto (PPD), ha demostrado su efectividad para tratar los síntomas característicos de la depresión posparto, sin embargo, no podemos concluir debido a la escasez de los estudios realizados sobre este tema, que tratando a las madres con depresión posparto (PPD) se vaya a evitar o reducir la aparición del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de los hijos, requiriendo este tema ser estudiado en profundidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

Referencias

- Althaus, A. L., Ackley, M. A., Belfort, G. M., Gee, S. M., Dai, J., Nguyen, D. P., Kazdoba, T. M., Modgil, A., Davies, P. A., Moss, S. J., Salituro, F. G., Hoffmann, E., Hammond, R. S., Robichaud, A. J., Quirk, M. C., & Doherty, J. J. (2020). Preclinical characterization of zuranolone (SAGE-217), a selective neuroactive steroid GABA_A receptor positive allosteric modulator. *Neuropharmacology*, *181*, 108333. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2020.108333>.
- Álvarez C, Szücs D. Maternal cognitions and cognitive, behavior and emotional development in middle childhood. *Current Research in Behavioral Sciences* [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]; 4:100098. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2023.10009>.
- Amiel Castro, R., Glover, V., Ehlert, U. y O'Connor, TG (2021). Lactancia materna, depresión prenatal y coeficiente intelectual y comportamiento de los niños: una prueba de un modelo de moderación. *BMC embarazo y parto* , *21* (1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03520-8>.
- Ampudia, M. K. M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, *5*(02), 355-355.
- Caparrós-González, R. A., & Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F. (2020). Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil. *Clínica y Salud*, *31*(3), 161-163.
- Carlini, S. V., Osborne, L. M., & Deligiannidis, K. M. (2023). Current pharmacotherapy approaches and novel GABAergic antidepressant development in postpartum depression. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, *25*(1), 92-100. <https://doi.org/10.1080/19585969.2023.2262464>.
- Chai, Y., Li, Q., Wang, Y., Tao, E. y Asakawa, T. (2022). El valor de las hormonas del eje HPA como biomarcadores para la detección y el diagnóstico temprano de la depresión posparto: información actualizada sobre la metodología. *Fronteras en endocrinología* , *13* , 916611. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.916611>.
- Christaki, V., Ismirnioglou, I., Katrali, A., Panagouli, E., Tzila, E., Thomaidis, L., Psaltopoulou, T., Sergentanis, TN y Tsitsika, A. (2022). Depresión posparto y TDAH en la descendencia: revisión sistemática y metanálisis. *Revista de trastornos afectivos* , *318* , 314–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.055>.

Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health* [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 30(2):154-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1089%2Fjwh.2020.8862>.

Deligiannidis, KM, Meltzer-Brody, S., Gunduz-Bruce, H., Doherty, J., Jonas, J., Li, S., Sankoh, AJ, Silber, C., Campbell, AD, Werneburg, B. , Kanesh, SJ y Lasser, R. (2021). Efecto de la zuranolona frente al placebo en la depresión posparto: un ensayo clínico aleatorizado. *Psiquiatría JAMA* , 78 (9), 951–959. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1559>

Developmental Outcomes-A Narrative Review. *International journal of molecular sciences*, 23(22), 13932. <https://doi.org/10.3390/ijms232213932>.

Epperson, C. N., Rubinow, D. R., Meltzer-Brody, S., Deligiannidis, K. M., Riesenber, R., Krystal, A. D., Bankole, K., Huang, M., Li, H., Brown, C., Kanesh, S. J., & Lasser, R. (2023). Effect of brexanolone on depressive symptoms, anxiety, and insomnia in women with postpartum depression: Pooled analyses from 3 double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trials in the HUMMINGBIRD clinical program. *Journal Of Affective Disorders*, 320, 353-359. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.143>

Ertel KA, Rich-Edwards JW, Koenen KC. Maternal depression in the United States: nationally representative rates and risks. *J Womens Health*. 2011;20(11):1609–17.

Faden, J., & Citrome, L. (2020). Intravenous brexanolone for postpartum depression: what it is, how well does it work, and will it be used?. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 10, 2045125320968658. <https://doi.org/10.1177/2045125320968658>.

García Jordá, D., & Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista cubana de salud pública*, 36, 330-336.

GuinZvano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of postpartum depression: A comprehensive review of the last decade of evidence: A comprehensive review of the last decade of evidence. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):591–603.

Gunduz-Bruce, H., Takahashi, K., & Huang, M. Y. (2022). Development of neuroactive steroids for the treatment of postpartum depression. *Journal of neuroendocrinology*, 34(2), e13019. <https://doi.org/10.1111/jne.13019>.

Honda T, Tran T, Popplestone S, Draper CE, Yousafzai AK, Romero L, et al. Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analyses. *SSM - Mental Health* [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]; 3:100197. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100197>

Ihongbe TO, Masho SW. Do successive preterm births increase the risk of postpartum depressive symptoms? *J Pregnancy*. 2017;4148136. Página 38 de 60.

Jarde, A., Morais, M., Kingston, D., Giallo, R., MacQueen, G. M., Giglia, L., Beyene, J., Wang, Y., & McDonald, S. D. (2016). Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 73(8), 826–837. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0934>.

Jeličić, L., Veselinović, A., Ćirović, M., Jakovljević, V., Raičević, S., & Subotić, M. (2022). Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's Developmental Outcomes-A Narrative Review. *International journal of molecular sciences*, 23(22), 13932. <https://doi.org/10.3390/ijms232213932>.

Kaufman, Y., Carlini, S. V., & Deligiannidis, K. M. (2022). Advances in pharmacotherapy for postpartum depression: a structured review of standard-of-care antidepressants and novel neuroactive steroid antidepressants. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 12, 20451253211065859. <https://doi.org/10.1177/20451253211065859>

Kingston D, Kehler H, Austin MP, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2023]; 13(4):e0195365. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365>

Lara, L. A., Ambriz, S. G., & Aguirre, F. E. (2005). Depresión postparto en pérdida gestacional recurrente. Presentación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(3), 71-73.

Liu, C., Ystrom, E., & McAdams, T. A. (2023). Long-Term Maternal and Child Outcomes Following Postnatal SSRI Treatment. *JAMA network open*, 6(8), e2331270. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.31270>.

Martínez Roldán R. Depresión posparto y lactancia materna exclusiva: una relación bidireccional. 2022.

Marecki, R., Kałuska, J., Kolanek, A., Hakało, D. y Waszkiewicz, N. (2023). Zuranolona: neuroesteroide sintético en el tratamiento de trastornos mentales: revisión narrativa. *Fronteras en psiquiatría*, 14, 1298359. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1298359>

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193.

Meltzer-Brody, S., Gerbasi, ME, Mak, C., Toubouti, Y., Smith, S., Roskell, N., Tan, R., Chen, SS y Deligiannidis, KM (2024). Comparaciones indirectas de estimaciones de eficacia relativa de zuranolona e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión posparto. *Revista de economía médica*, 27 (1), 582–595. <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2334160>

Molina M. Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyche* 2006; 15(2): 93-103.

Mughal, S., Azhar, Y., & Siddiqui, W. (2022). Postpartum Depression. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Mulraney, M., Giallo, R., Efron, D., Brown, S., Nicholson, J. M., & Sciberras, E. (2019). Maternal postnatal mental health and offspring symptoms of ADHD at 8-9 years: pathways via parenting behavior. *European child & adolescent psychiatry*, 28(7), 923–932. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1254-5>.

Najah Walton, Jamie Maguire. (2019). Tratamientos a base de alopregnanolona para la depresión posparto: ¿por qué y cómo funcionan?. *Neurobiología del estrés*, 11, 100198. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100198>

Nidey, N., Momany, A. M., Strathearn, L., Carter, K. D., Wehby, G. L., Bao, W., Xu, G., Scheiber, F. A., Tabb, K. M., Froehlich, T. E., & Ryckman, K. K. (2021). Association between perinatal depression and risk of attention deficit hyperactivity disorder among children: a retrospective cohort study. *Annals of Epidemiology*, 63, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.06.005>

Nix, L., Nixon, E., Quigley, J., & O'Keane, V. (2021). Perinatal depression and children's developmental outcomes at 2 years postpartum. *Early human development*, 156, 105346. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105346>.

Oberman, A. (2004). El rostro oculto de la maternidad: El desarrollo del maternaje. *Rev. univ. psicoanál*, 149-168.

Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS, 2014.

Paricio del Castillo, R., & Polo Usaola, C. (2020). Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 33-54.

Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*.2009;200(4):357–64.

Peralta, O. (1996). Aspectos clínicos del puerperio. *Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva*.

Reddy, DS, Mbilinyi, RH y Estes, E. (2023). Farmacología preclínica y clínica de la brexanolona (alopregnanolona) para la depresión posparto: un viaje histórico desde el concepto hasta la clínica en la terapia de reemplazo de neuroesteroides. *Psicofarmacología* , 240 (9), 1841–1863. <https://doi.org/10.1007/s00213-023-06427-2>

Robinson, L. R., Bitsko, R. H., O'Masta, B., Holbrook, J., Ko, J. Y., Barry, C. M., Maher, B. S., Cerles, A., Saadeh, K., MacMillan, L., Mahmooth, Z., Bloomfield, J., Rush, M., & Kaminski, J. W. (2022). A Systematic Review and Meta-analysis of Parental Depression, Antidepressant Usage, Antisocial Personality Disorder, and Stress and Anxiety as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01383-3>.

Rotheram-Fuller EJ, Tomlinson M, Scheffler A, Weichle TW, Hayati Rezvan P, Comulada WS, et al. Maternal Patterns of Antenatal and Postnatal Depressed Mood and the Impact on Child Health at Three Years Postpartum. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 86(3):218-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1037%2Fccp0000281>.

Sanitas. Puerperio fisiológico o cuarentena [Internet]. Sanitas. [citado 14 de enero de 2023]. Disponible en <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/embarazomaternidad/posparto/puerperio-fisilogico-o-cuarentena.html>.

Sidebozom AC, Hellerstedt WL, Harrison PA, Henrikus D. An examinaZon of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(1):27–40.

Silverman ME, Reichenberg A, Savitz DA, Cnaêngius S, Lichtenstein P, Hultman CM, et al. The risk factors for postpartum depression: A populaZon-based study. *Depress Anxiety*. 2017;34(2):178–87.

Sundström-Poromaa, I., Comasco, E., Sumner, R. y Luders, E. (2020). Progesterona: ¿amiga o enemiga? *Fronteras en neuroendocrinología*, 59, 100856. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2020.100856>

Thul, T. A., Corwin, E. J., Carlson, N. S., Brennan, P. A., & Young, L. J. (2020). Oxytocin and postpartum depression: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology*, 120, 104793. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104793>.

United Nations. (2015, September 25). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540-550.

Zhang, Q., Dai, X., & Li, W. (2022). Comparative efficacy and acceptability of pharmacotherapies for postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in pharmacology*, 13, 950004. <https://doi.org/10.3389/fphar.2022.950004>.

8. ANEXOS

8.1 Anexo: Escala de Edimburgo

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- | | |
|---|--|
| 1) <i>He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:</i>
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada | 6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre |
| 2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i>
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada | 7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca | 8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca |
| 4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i>
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia | 9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i>
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca |
| 5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i>
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca | 10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i>
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca |

8.2. Anexo : Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)

1. Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0 <input type="checkbox"/> Ausente. 1 <input type="checkbox"/> Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente. 2 <input type="checkbox"/> Estas sensaciones las relata espontáneamente. 3 <input type="checkbox"/> Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4 <input type="checkbox"/> Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea
2. Sentimientos de culpa	0 <input type="checkbox"/> Ausente. 1 <input type="checkbox"/> Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 2 <input type="checkbox"/> Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. 3 <input type="checkbox"/> Siente que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa. 4 <input type="checkbox"/> Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza.
3. Suicidio	0 <input type="checkbox"/> Ausente. 1 <input type="checkbox"/> Siente que la vida no vale la pena ser vivida 2 <input type="checkbox"/> Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3 <input type="checkbox"/> Ideas o amenazas de suicidio 4 <input type="checkbox"/> Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio precoz	0 <input type="checkbox"/> Sin dificultad. 1 <input type="checkbox"/> Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora para conciliar el sueño. 2 <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir cada noche
5. Insomnio intermedio	0 <input type="checkbox"/> Sin dificultad. 1 <input type="checkbox"/> Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. 2 <input type="checkbox"/> Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
6. Insomnio tardío	0 <input type="checkbox"/> Sin dificultad. 1 <input type="checkbox"/> Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. 2 <input type="checkbox"/> No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0 <input type="checkbox"/> Sin dificultad. 1 <input type="checkbox"/> Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación). 3 <input type="checkbox"/> Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. Califique 3 si el paciente no dedica al menos tres horas al día a actividades (trabajo o pasatiempos) excluidas las tareas rutinarias. 4 <input type="checkbox"/> Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Califique 4 si el paciente no realiza ninguna actividad, excepto las tareas rutinarias, o si el paciente no realiza las tareas rutinarias sin ayuda.
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	0 <input type="checkbox"/> Palabra y pensamiento normales 1 <input type="checkbox"/> Ligeramente retraso en el habla. 2 <input type="checkbox"/> Evidente retraso en el habla. 3 <input type="checkbox"/> Dificultad para expresarse. 4 <input type="checkbox"/> Incapacidad para expresarse.
9. Agitación psicomotora	0 <input type="checkbox"/> No. 1 <input type="checkbox"/> Juega con sus dedos. 2 <input type="checkbox"/> Juega con sus manos, cabello, etc. 3 <input type="checkbox"/> No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. 4 <input type="checkbox"/> Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.
10. Ansiedad psíquica	0 <input type="checkbox"/> Sin dificultad. 1 <input type="checkbox"/> Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 <input type="checkbox"/> Preocupación por pequeñas cosas.

	3 <input type="checkbox"/> Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. 4 <input type="checkbox"/> Expresa sus temores sin que le pregunten.		
11. Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad): gastrointestinales (sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.); cardiovasculares (palpitaciones, cefaleas); respiratorios: (hiperventilación, suspiros); frecuencia de micción incrementada; transpiración.	0 <input type="checkbox"/> Ausente. 1 <input type="checkbox"/> Leve. 2 <input type="checkbox"/> Moderada. 3 <input type="checkbox"/> Severa. 4 <input type="checkbox"/> Incapacitante.		
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0 <input type="checkbox"/> No. 1 <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2 <input type="checkbox"/> Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales		
13. Síntomas somáticos generales	0 <input type="checkbox"/> No. 1 <input type="checkbox"/> Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2 <input type="checkbox"/> Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.		
14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	0 <input type="checkbox"/> Ausente. 1 <input type="checkbox"/> Leves. 2 <input type="checkbox"/> Severos.		
15. Hipocondría	0 <input type="checkbox"/> Ausente. 1 <input type="checkbox"/> Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2 <input type="checkbox"/> Preocupado por su salud. 3 <input type="checkbox"/> Se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc. 4 <input type="checkbox"/> Delirios hipocondríacos.		
16. Pérdida de peso (Clasificación a O b)	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> a) Según el paciente:: 0 <input type="checkbox"/> Sin pérdida de peso. 1 <input type="checkbox"/> Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso definitiva (según el paciente). 3 <input type="checkbox"/> No evaluado. </td> <td style="vertical-align: top;"> b) Según mediciones semanales:: 0 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso de menos de 500 g (1 libra) en la semana. 1 <input type="checkbox"/> Más de 500 g (1 libra) de pérdida de peso en la semana. 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso superior a 1 kg (2 libras) en la semana. 3 <input type="checkbox"/> No evaluado. </td> </tr> </table>	a) Según el paciente:: 0 <input type="checkbox"/> Sin pérdida de peso. 1 <input type="checkbox"/> Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso definitiva (según el paciente). 3 <input type="checkbox"/> No evaluado.	b) Según mediciones semanales:: 0 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso de menos de 500 g (1 libra) en la semana. 1 <input type="checkbox"/> Más de 500 g (1 libra) de pérdida de peso en la semana. 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso superior a 1 kg (2 libras) en la semana. 3 <input type="checkbox"/> No evaluado.
a) Según el paciente:: 0 <input type="checkbox"/> Sin pérdida de peso. 1 <input type="checkbox"/> Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso definitiva (según el paciente). 3 <input type="checkbox"/> No evaluado.	b) Según mediciones semanales:: 0 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso de menos de 500 g (1 libra) en la semana. 1 <input type="checkbox"/> Más de 500 g (1 libra) de pérdida de peso en la semana. 2 <input type="checkbox"/> Pérdida de peso superior a 1 kg (2 libras) en la semana. 3 <input type="checkbox"/> No evaluado.		
17. Introspección (insight)	0 <input type="checkbox"/> Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1 <input type="checkbox"/> Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 <input type="checkbox"/> No se da cuenta de que está enfermo.		
Puntuación total:	_ _		

8.3 Anexo: Cuestionario sobre la salud del paciente-9

DARTMOUTH-HITCHCOCK MEDICAL CENTER

PHQ-9 Adolescent Report

For Youth at least 11 years old to complete

Name: _____ Date of Birth: _____ Today's Date: _____

*How often have you been bothered by each of the following symptoms during **the past 2 weeks**. For each symptom, put an "X" in the box beneath the answer that best describes how you have been feeling.*

		(0) Not at All	(1) Several Days	(2) More than Half the Days	(3) Nearly Every Day
1	Feeling down, depressed, irritable or hopeless?	0	1	2	3
2	Little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
3	Trouble falling asleep, staying asleep, or sleeping too much?	0	1	2	3
4	Poor appetite, weight loss, or over-eating?	0	1	2	3
5	Feeling tired, or having little energy?	0	1	2	3
6	Feeling bad about yourself - or feeling that you are a failure, or that you have let yourself or your family down?	0	1	2	3
7	Trouble concentrating on things like school work, reading, or watching TV?	0	1	2	3
8	Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? ...Or the opposite-- being so fidgety or restless that you were moving around a lot more than usual?	0	1	2	3
9	Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way?	0	1	2	3
10	In the past year , have you felt depressed or sad most days, even if you felt okay sometimes? [] Yes [] No				
11	If you are experiencing any of the problems on this form, how difficult have these problems made it for you to do work, take care of things at home, or get along with other people? [] Not difficult at all [] Somewhat difficult [] Very Difficult [] Extremely Difficult				
12	Has there been a time in the past month when you have had serious thoughts about ending your life? [] Yes [] No				
13	Have you EVER , in your WHOLE LIFE, tried to kill yourself or made a suicide attempt? [] Yes [] No				

8.4. Anexo: Plantilla CASPe.

Gonzalez-Gil, Teresa. (2019). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8..

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?			
Preguntas "de eliminación"			
<p>1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? <i>PISTA: Considera</i> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? <i>PISTA: Considera</i> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
¿Merece la pena continuar?			
Preguntas "de detalle"			
<p>4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado? <i>PISTA: Considera si</i> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

<p>5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). -Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello. 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.). 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?</p> <p><i>PISTA: Considera</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético. 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO SÉ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SÍ	NO SÉ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
SÍ	NO SÉ	NO					
<p>B/ ¿Cuáles son los resultados?</p>							

<p>8 ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?</p> <p>PISTA: Considera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>9 ¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>
<p>C/ ¿Son los resultados aplicables?</p>	
<p>10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?</p> <p>PISTA: Considera si</p> <ul style="list-style-type: none"> -El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. -El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos. 	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SÍ NO SÉ NO </p>

8.5 Anexo: Tabla 4 Resultados escala CASPe

Estudio/Autor	Objetivos claros	Diseño adecuado	Resultados claros	Consideración de sesgos	Puntuación total CASPe
Una revisión sistemática y un metaanálisis de la depresión de los padres, el uso de antidepressivos, el trastorno de personalidad antisocial y el estrés y la ansiedad como factores de riesgo para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños. Robinson et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Asociación entre la depresión perinatal y el riesgo de trastorno por déficit de atención con hiperactividad entre los niños. Nidey et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Angustia materna durante el embarazo y el período posparto: mecanismos subyacentes y resultados del desarrollo del niño. Jellicic et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Depresión perinatal y resultados del desarrollo infantil a los 2 años del posparto. Nix, et al	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Maternal Patterns of Antenatal and Postnatal Depressed Mood and the	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10

Impact on Child Health at Three Years Postpartum. Rotheram Fuller et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. Dagher.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10	
Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries. Honda	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10	
Cogniciones maternas y desarrollo cognitivo, conductual y emocional en la infancia media. Alvarez,y Dénes Szűcs.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10	
Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child 2 externalizing and internalizing behavior at three years. Kingston	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10	
Depresión posparto y TDAH en la descendencia. Christaki et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10	
Salud mental posnatal materna y síntomas de TDAH en la descendencia los 8-9 año: vías a través del comportamiento parental. Mulraney. et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10	

Efecto de la zuranolona frente al placebo en la depresión posparto (PPD), Deligiannidis. et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Farmacología preclínica y clínica de la brexanolona (alopregnanolona) para la depresión posparto: un viaje histórico desde el concepto hasta la clínica en la terapia de reemplazo de neuroesteroides. Reddy et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Efecto de la brexanolona sobre los síntomas depresivos, la ansiedad y el insomnio en mujeres con depresión posparto: análisis agrupados de 3 ensayos clínicos doble ciego, aleatorizados y controlados con placebo en el programa clínico HUMMINGBIRD. Epperson. et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Enfoques farmacoterapéuticos actuales y Desarrollo de nuevos antidepressivos GABAérgicos en la depresión posparto. Carlini et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Caracterización preclínica de la zuranolona (SAGE-217), un esteroide neuroactivo selectivo modulador alostérico positivo del receptor GABA A. Althaus et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Eficacia comparativa y aceptabilidad de farmacoterapias para la depresión posparto. Zhang et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10

Brexanolona intravenosa para la depresión posparto ¿qué es, qué tan bien funciona y si se usará?. Faden & Citrome.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Zuranolona: neuroesteroide sintético en el tratamiento de trastornos mentales. Marecki. et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Desarrollo de esteroides neuroactivos para el tratamiento de la depresión posparto. Gunduz-Bruce et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Avances en farmacoterapia para la depresión posparto: una revisión estructurada de los antidepresivos estándar y nuevos antidepresivos esteroides neuroactivos. Kaufman et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Comparaciones indirectas de estimaciones de eficacia relativa de zuranolona e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión posparto. Meltzer-Brody et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10
Long-Term Maternal and Child Outcomes Following Postnatal SSRI Treatment. Liu et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	10/10

Fuente: Elaboración propia