



Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

**IMPACTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y
ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DESDE LA
ENFERMERÍA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Presentado por: Dña. Natalia Francés Navarro

Tutor/es: Dra. Irene Pastor Pagés

"La salud mental es crucial para nuestro bienestar general y debe ser una prioridad en todas las etapas de la vida".

-Vikram Patel

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN GENERAL Y PALABRAS CLAVE/ ABSTRACT	1
1 INTRODUCCIÓN	3
1.1 Marco histórico	4
1.2 Concepto, Prevalencia y Clasificación	4
1.3 Categorías de la depresión postparto	7
2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	10
2.1 Hipótesis	10
2.1.1 Hipótesis general	10
2.1.2 Hipótesis secundarias	10
2.2 Objetivos	10
2.2.1 Objetivo general	10
2.2.2 Objetivos secundarios	10
3 MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1 Material	11
3.2 Diseño del estudio	11
3.3 Criterios de selección	12
3.4 Estrategia de búsqueda	12
3.5 Proceso de selección	14
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	17
4.1 Resultados	17
4.2 Discusión	21
4.2.1 Describir estrategias para la prevención, detección e intervenciones de enfermería para la DPP.	21
4.2.2 Reconocer los posibles factores de riesgo en la aparición de la depresión postparto.	25
4.2.3 Examinar como afecta la DPP en el cuidado del recién nacido.	27
4.3 Limitaciones del estudio	28
5 CONCLUSIONES	29
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
7 ANEXOS	34

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Criterios diagnósticos de depresión perinatal	6
2. Aspectos de la psicoterapia	7
3. Categorías de la depresión postparto	9
4. Estructura PICO	11
5. Fuentes de información utilizadas	13
6. Estrategias de búsqueda bibliográfica (Descriptores MeSH/DeCS)	13
7. Filtros establecidos para la obtención de los artículos	15
8. Resultados obtenidos	16

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
1. Diagrama de flujo	16

LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

Símbolo o sigla	Significado
DPP	Depresión Postparto
DSM-IV/ V	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4.a /5.a edición)
CIE-10/11	Clasificación Internacional de Enfermedades (revisión 10/11)
EPDS	Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo (<i>Edinburgh Postpartum Depression Scale</i>)
TPP	Tristeza Postparto
TIP/TCC	Terapia Interpersonal/ Terapia conductual cognitiva
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck II
PPP	Psicosis Postparto
WOS	<i>Web os Science</i>
NICE	Instituto Nacional para la Calidad de la Sanidad y de la Asistencia (<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>)
AP	Atención Primaria
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
CARE	Comunicarse y Relacionarse Eficazmente (<i>Communicating And Relating Effectively</i>)
OMS	Organización Mundial de la Salud

Fuente: Elaboración propia.

RESUMEN GENERAL Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN

Introducción: La depresión postparto se perfila como un problema importante de salud pública en crecimiento. Además, se ha demostrado que no solo afecta a la mujer, sino también a su entorno, impacta en diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales, lo que conlleva a una disminución de la calidad de vida tanto para la madre como para su recién nacido. Es fundamental tanto la prevención como la detección precoz.

Objetivos: Se estudia el papel de los profesionales de enfermería en la prevención, detección y las intervenciones empleadas para la depresión postparto.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica, y para ello se lleva a cabo una búsqueda en las bases de datos *PubMed*, *CINAHL*, *Web of Science* y *Dialnet*, llevados a cabo entre 2013 y 2023. Empleando los descriptores DeCS y MeSH. Finalmente, un total de 16 artículos son seleccionados y analizados en esta revisión.

Resultados y discusión: Las enfermeras pueden desempeñar diversas intervenciones efectivas en el abordaje de la depresión postparto. La prevención y detección implicaron la implementación de diversas estrategias que pudieron lograrse mediante el uso de herramientas validadas, así como la identificación de síntomas y factores de riesgo.

Conclusiones: El rol de enfermería es esencial en las intervenciones dirigidas a la prevención y detección de la depresión postparto. Es necesario continuar investigando y formándose en este campo para obtener la mejor evidencia disponible y contribuir a la reducción de la morbilidad asociada con esta enfermedad.

Palabras clave: Depresión postparto, prevención, enfermería, intervención

ABSTRACT

Introduction: Postpartum depression is emerging as a growing major public health issue. Furthermore, it has been found that it not only affects the woman but also her surroundings, impacting various biological, psychological, and social aspects, leading to a decrease in the quality of life for both the mother and her newborn. Prevention and early detection are essential.

Objectives: The role of nursing professionals in the prevention, detection, and interventions used for postpartum depression is being studied.

Material and methods: A literature review is conducted, involving a search in the PubMed, CINAHL, Web of Science, and Dialnet databases, carried out between 2013 and 2023. DeCS and MeSH descriptors are used. Finally, a total of 16 articles are selected and analyzed in this review.

Results and discussion: Nurses can perform various effective interventions in addressing postpartum depression. Prevention and detection involve the implementation of diverse strategies that can be achieved through the use of validated tools, as well as the identification of symptoms and risk factors.

Conclusions: The nursing role is essential in interventions aimed at the prevention and detection of postpartum depression. It is necessary to continue researching and training in this field to obtain the best available evidence and contribute to the reduction of morbidity associated with this condition.

Keywords: Postpartum depression, prevention, nursing, intervention

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo constituye una fase en la vida de la mujer en la que se experimentan una serie de cambios que pueden influir en su bienestar, lo que puede ocasionar distintas clases de depresión. Desde Atención Primaria (AP), esta temática está alcanzando una gran importancia.

El paso del periodo de gestación al puerperio implica cambios significativos para la mujer, estos cambios se producen a nivel físico, psicológico y social, lo cual la coloca en un estado de alta fragilidad para la aparición de la depresión postparto (DPP). La llegada de un recién nacido al mundo marca el inicio de un nuevo vínculo, y un cambio en muchos aspectos que exigen a la mujer una rápida y óptima adaptación (Alba et al., 2017). La depresión postparto es una afección cada vez más común que puede llegar a darse en aproximadamente el 25% de las mujeres. Todos estos cambios mencionados pueden generar conflictos entre sus aspiraciones personales y las nuevas responsabilidades que implica la maternidad (Acuña et al., 2021).

Según Caparrós et al. (2018), la DPP constituye un desafío significativo en términos de salud pública a nivel mundial. Este periodo puede afectar las situaciones para proporcionar cuidados y enfrentar la nueva situación que empieza a sentir la madre, es importante implementar medidas preventivas desde la perspectiva de la salud primaria con el objetivo de potenciar la salud de las mujeres durante el embarazo, postparto y puerperio, esto contribuirá a mejorar y potenciar la salud materna, fetal y posteriormente infantil.

La depresión postparto está publicada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) como "trastorno depresivo durante el período perinatal" (Malpartida, 2020). De acuerdo con dicha clasificación, se establece como criterio de diagnóstico donde se aplican al inicio del postparto a los trastornos que se manifiestan dentro de las cuatro primeras semanas después del parto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Sin embargo, no siempre ocurre en este periodo. Muchas DPP comienzan más tarde, comúnmente en los primeros tres meses después del parto, puesto que los factores psicosociales desempeñan un papel significativo. Por lo tanto, en el ámbito clínico adoptan otro periodo y se amplía este plazo hasta que el recién nacido tenga un año de vida (Schonhaut & Podestá, 2016). No obstante, en muchas ocasiones, la DPP pasa desapercibida en esos momentos y no recibe la atención necesaria. Esto significa que la prevención e identificación de su diagnóstico, y la posterior vigilancia, presentan desafíos actuales que merecen poner el foco en ellos y en su afrontamiento. De hecho, este trabajo de fin de grado se encuentra dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) número 3, definido como salud y bienestar.

1.1 Marco histórico

Actualmente se percibe un mayor nivel de conciencia sobre la DPP; sin embargo, en tiempos pasados y para ciertos sectores de la ciencia resultaba inimaginable considerar que las mujeres durante la gestación y después del parto pudieran sufrir alguna cuestión relacionada con la salud mental. En épocas anteriores, se opinaba que la reciente maternidad estaba vinculada a un estado de bienestar emocional y alejada de cualquier enfermedad psicológica, hasta que apareció la psiquiatra Gisela B. Oppenheim donde confirmó que las mujeres también podían experimentar alteraciones en la esfera psicológica, poniendo en cuestionamiento esta situación (Jadresic, 2010).

Incluso desde el siglo IV a. de C., Hipócrates ya proporcionaba la primera descripción de enfermedades mentales vinculadas al período postparto. En relación con la fase en la que las mujeres se enfrentan a las nuevas circunstancias que complican la maternidad, identificó un delirio asociado a la "sepsis puerperal" (Oviedo & Jordán, 2006). Pero fue en el siglo XIX cuando se presentó el primer documento sobre la psicopatología perinatal, llamado el tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas. Fue el Dr. Louis Víctor Marcé quien publicó una serie de casos en los que afirmaba que tanto en el embarazo como en el postparto surgía un período de mayor fragilidad psicológica, en el que las mujeres se enfrentaban a un alto riesgo de complicaciones (Doll et al., 2015).

No obstante, fue en el ya nombrado Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) cuando se hicieron menciones más exactas y se proporcionó una definición por primera vez para el concepto de los trastornos mentales durante el periodo postparto.

1.2 Concepto, prevalencia y clasificación

La DPP se puede definir como un trastorno del estado de ánimo que afecta a las mujeres durante el periodo después del nacimiento del recién nacido y el puerperio.

El puerperio abarca desde el nacimiento del bebé y la expulsión de la placenta hasta la recuperación total de la fisiología de la mujer y los procesos involutivos que conlleva esta etapa hasta volver a un estado similar al de antes del embarazo, su duración oscila entre 6 y 8 semanas (Miranda et al., 2017). Todos estos cambios que suceden en las madres hacen que tengan más probabilidades de sufrir DPP. Según un caso clínico de Morillas y Iglesias (2020), la sintomatología característica incluye: fatiga, trastornos del sueño y del apetito, cambios emocionales, máxima preocupación por si le sucede algo al bebé, sentimientos de tristeza y culpabilidad, como de sentir que no lo están haciendo bien. Siguiendo con la prevalencia, Cotta y Romero (2020) muestran que se encuentra entre el 8% y el 30%, siendo tres veces más común en países en vías de desarrollo que en países ya desarrollados. Por otro lado, la prevalencia a

nivel mundial se encuentra entre el 10 y 20%, indicando en Estados Unidos de un 11,7 % a 20,4 % de las madres, América del Sur 20,7 %, Europa 6,1 a 16,8 %, África 13,2 % y en España la oscila entre un 6 y un 8% (Antúnez et al., 2022). Sin embargo, según Slomian et al. (2019), la prevalencia de la DPP varió según los estudios por la utilización de distintas herramientas de diagnóstico, así como el lugar y país seleccionado para llevar a cabo la detección y el período en el que se realizó.

La DPP, tiene un impacto significativo en toda la unidad familiar, esta situación la pueden sufrir muchas madres, aunque existen factores de riesgo que favorecen el comienzo de la enfermedad: la edad, haber sufrido abortos, complicaciones familiares, relaciones de pareja problemáticas, tener expectativas poco realistas de lo que conlleva la maternidad, bajos niveles socioeconómicos, déficit de apoyo social, presiones laborales, etc. Todos estos factores pueden aumentar las probabilidades de su aparición (Gracia, 2022).

Por otro lado, el 50% de las mujeres portan a sus espaldas otros factores de riesgo relacionados con el embarazo, que pueden llegar a influenciar de forma negativa: problemas familiares vividos en la niñez, antecedentes pasados sobre depresión, relación con el entorno, aislamiento social, entre otros. El más característico es el factor irrevocable de ser una mujer, dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa de que aproximadamente el 20% de las mujeres tendrán un trastorno psicoafectivo en algún momento de su vida (Cotta & Romero, 2020).

El momento de mayor riesgo que puede afectar a la mujer para poder tener un proceso psicológico es el primer mes después de tener al recién nacido, además es esencial distinguir los diferentes síntomas entre unas etapas y otras del postparto o incluso pueden pasar como comunes en esta etapa, es necesario distinguir sentimientos normales momentáneos como consecuencia de los nuevos acontecimientos de los más graves que pueden afectar e interrumpir los aspectos básicos de la vida diaria y la del cuidado de su hijo (Bezares et al., 2009).

Los sistemas de clasificación donde los profesionales de la salud consultan en la actualidad, como el CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión) y el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.a edición), no hacen referencia a la depresión perinatal como un trastorno específico. Aunque reconocen la posibilidad de que la depresión se inicie en el embarazo, se incorpora únicamente como un especificador dentro del trastorno depresivo mayor (F32.0): “episodio de trastorno depresivo mayor de comienzo en el periparto”, dado que afirma que el 50 % que sufren la depresión mayor postparto empieza antes del parto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En la tabla 1 podemos observar los síntomas que el DSM V plantea para diagnosticar este tipo de depresión (Carro et al., 2000); (National Institute of Mental Health, s. f.). Se deben observar cinco síntomas al menos, con una duración de dos semanas. Los dos síntomas primeros deben manifestarse necesariamente:

Tabla 1
Criterios diagnósticos de depresión perinatal

Criterios principales
Persistencia de un estado de ánimo deprimido la mayoría de las horas del día.
Mostrar anhedonia en actividades de la vida diaria la mayor parte del tiempo.
Disminución considerable de peso sin intención de realizar dieta o por el contrario el aumento.
Insomnio / hipersomnia.
Agitación / retraso psicomotor.
Fatiga / pérdida de energía.
Sentirse inútil / culpable.
Reducción de la concentración o pensamientos.
Repetidas ocasiones de pensamientos de muerte o ideas suicidas planificarlo para llevarlo a término.

Otros síntomas
Disminución del deseo sexual.
Miedo a autolesionarse o hacer daño al propio hijo.
Excesivo paternalismo hacia el bebé.
Intolerancia máxima al recién nacido.
Síntomas ansiosos.
Dificultades para crear un lazo emocional con el recién nacido.
Sensaciones incómodas o dolores físicos.
Incertidumbres sobre la capacidad para poder cuidar al bebé.

Hay que tener en cuenta que mujeres que carecen de una evaluación específica de esta enfermedad y no cuentan con la orientación adecuada del profesional especializado pueden enfrentar dificultades para obtener y acceder a un tratamiento. Esto puede resultar en la agravación de los síntomas o su transformación y volverse crónicos, lo que afecta de manera significativa y pone en riesgo la salud tanto de la mujer como de su familia y del recién nacido. Como consecuencia, se experimenta una baja calidad de vida (Medina, 2013).

La vigilancia después del parto es crucial para detectar la sintomatología que pueda surgir de manera inesperada y poder iniciar un tratamiento personalizado y adecuado a cada mujer. Es esencial realizar una historia clínica exhaustiva y completa que incluya preguntas para su detección precoz entre las 4 y 6 semanas, y entre los 3 y 4 meses (Malpartida, 2020). Por otro lado, Alba et al. (2017), afirmaron que las terapias psicoterapéuticas se demostraron efectivas en el abordaje leve de esta patología y fueron recomendadas como posible tratamiento inicial; incluso aparte de reducir síntomas también influyeron positivamente en la relación madre e hijo. Además, presentaron un menor riesgo en comparación con la terapia farmacológica.

La psicoterapia, que incluyó la terapia conductual cognitiva (TCC) y la terapia interpersonal (TIP), debía basarse en varios aspectos, según lo señalado por Antúnez et al. (2022). Dichos aspectos pueden observarse en la tabla 2.

Tabla 2
Aspectos de la psicoterapia

Aspectos de la psicoterapia
Abordar el nuevo rol como madre primeriza, comprendiendo las dificultades que con normalidad van a surgir, afrontar los miedos inherentes a esta nueva etapa de la vida.
Fomentar una buena compenetración y equipo familiar, especialmente si hay otros hijos/as.
Proporcionar educación e información a las mujeres, unidad familiar o pareja acerca de esta patología.
Vigilancia, reducir y eliminar los síntomas asociados.
Proporcionar educación e información a las mujeres, unidad familiar o pareja acerca de esta patología.
Reducir lo máximo posible el estrés.
Aplicar técnicas y herramientas útiles para mejorar la protección, y fomentar el vínculo madre-bebé, como la del resto de la familia.
Mantener las redes de apoyo disponibles.

Es relevante fomentar la formación de los profesionales de la salud, contar con un sistema de apoyo eficaz, ofrecer la información actualizada y correcta en la preparación al parto. De esta manera se puede llevar a cabo una detección temprana, haciendo esfuerzos en la prevención durante las consultas de enfermería, antes, después del parto y en los cuidados de la DPP (Gracia, 2022).

1.3 Categorías de la depresión postparto

Existen dos términos clínicos que a menudo se confunden con la depresión postparto que son: la Tristeza Postparto (TPP) y la Psicosis Postparto (PPP). Es importante que los profesionales puedan diferenciarlos entre sí para poder anticiparse.

La tristeza postparto, depresión postparto leve o también llamada “*baby blues*”- “*post partum blues*”- “*maternity blues*”, se define como una reacción emocional del estado de ánimo de manera temporal causada normalmente por los cambios hormonales, sociales y psicológicos. Generalmente, se manifiesta alrededor del segundo o cuarto día después del nacimiento del recién nacido y suele resolverse en un lapso de dos a tres semanas aproximadamente y destacar que no necesita la atención médica ni psicológica. La opinión mayoritaria entre los investigadores es que la TPP puede afectar a entre el 50% y el 80% de las mujeres después del parto (Medina, 2013).

Por lo general, este cuadro se caracteriza por cambios emocionales, sensación de irritabilidad, sentimientos de tristeza o llanto frecuente, experimentación de ansiedad y sensación de desesperación debido a las dificultades para manejar al recién nacido.

Otros autores como Oviedo y Jordán (2006), mencionaron que se manifiesta entre el tercero y el séptimo día postparto, con una prevalencia del 75 a 80%, y además ciertos estudios afirmaron que es posible que las mujeres que tienen TPP tengan mayor probabilidad de que sus síntomas se agraven, llegando al 20% de los casos. Asimismo, se podrían proponer a los familiares su presencia o la de algún tipo de acompañamiento para sentir respaldo durante estos momentos, con el fin de facilitar que la mujer pase esta etapa con mayor comodidad. De esta manera, se recomienda estar atentos a los síntomas por si se mantiene en el tiempo o se agravan para poder comunicarlo y acceder así a un profesional.

Después de todo el proceso que conlleva el parto, se producen ciertas manifestaciones como la irritabilidad, tristeza, fatiga, llanto, labilidad emocional y ansiedad por no saber cómo actuar en el rol de la maternidad (Medina, 2013).

Por otro lado, la PPP fue el trastorno más grave en este contexto (Medina, 2013). En líneas generales, se describe como un episodio emocional con características psicóticas y afecta de 1 a 2 de cada mil partos, siendo más frecuente en mujeres que dan a luz por primera vez. Aquellas mujeres que habían experimentado un trastorno psicótico previo tenían un riesgo del 35% de experimentar este tipo de psicosis. En casos donde la psicosis se manifestaba por primera vez durante el período postparto, el riesgo de que volviera a ocurrir en un próximo embarazo era del 50 al 60%.

Las mujeres en este caso empiezan a experimentar: pérdida de contacto con la realidad, comportamientos que podrían comprometer la vida del hijo, posibles pensamientos desorganizados, pensamientos delirantes o confusos, irritabilidad, comportamiento caótico, alteraciones en la percepción temporal, dificultades para dormir o relajarse y ansiedad e incluso alucinaciones (Medina, 2013).

Asimismo, pudiendo poner en riesgo la vida hasta el punto de suicidio o infanticidio, esta situación se convierte en una emergencia. Por lo general, las manifestaciones comienzan de manera súbita en el tercer o noveno día al finalizar el parto, aunque también pueden aparecer hasta el sexto mes (Medina, 2013). Sin embargo, según Bezares et al. (2009), con un buen diagnóstico e identificación a tiempo el pronóstico es favorable; aún así, requiere hospitalización psiquiátrica.

De esta forma, podemos concluir que un historial médico completo y un examen físico y psicológico minucioso pueden ser útiles para detectar, mitigar y descartar la psicosis, incluso puede ocurrir que haya causas subyacentes tratables, permitiendo así orientar a la paciente hacia una mejoría (Fonseca, 2018).

Como señalan Tamires et al. (2013), es esencial comprender esta situación y prestar una atención cuidadosa a esta etapa igual que a todas las demás. Destacan que los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental, ya que son quienes realizan el seguimiento continuo, guiando y orientando en todos los cuidados a lo largo del postparto.

En la tabla 3 se describen y comparan la tristeza, depresión y psicosis postparto (Medina 2013).

Tabla 3
Categorías de la depresión postparto

Categoría	Causas	Prevalencia	Aparición	Intervención
Tristeza postparto	Producida por cambios hormonales, psicológicos y sociales	50-80% de las mujeres que dan a luz	Entre los 2-4 días posteriores al parto. Desaparecer por sí sola después de 2-3 semanas	Informar a la mujer, pareja y familia; acompañamiento y apoyo familiar
Depresión postparto	Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales	13.86-32.6% en México	Puede aparecer inmediatamente después del alumbramiento, así como días, meses y hasta un año después	Terapia (individual y/o grupal); medicación (generalmente antidepresivos y benzodiazepinas)
Psicosis postparto	Factores de riesgo (especialmente haber padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o PPP previa)	1-2 mujeres por cada 1.000 partos (0.1-0.2%)	Comienza entre el 3-9 día, pero puede iniciar incluso hasta el sexto mes	Tratamiento farmacológico (usualmente antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas); hospitalización (en la mayoría de los casos) y la terapia psicosocial

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Hipótesis

A raíz de lo observado en el apartado de introducción y justificación del tema, en este estudio se presentan las siguientes hipótesis:

Hipótesis general: La participación del personal de enfermería en la detección temprana y la prevención de la depresión postparto, mejora la calidad de vida del recién nacido y de la madre.

Hipótesis secundaria 1: Implementar acciones y la creación de redes de apoyo social es una estrategia efectiva para la prevención y detección temprana de la depresión postparto.

Hipótesis secundaria 2: Existen factores de riesgo identificables que contribuyen al desarrollo de la depresión postparto.

Hipótesis secundaria 3: La presencia de depresión postparto en las madres tiene un impacto en el cuidado del recién nacido, afectando negativamente al vínculo madre-hijo.

2.2 Objetivos

Para comprobar estas hipótesis, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general: Identificar la importancia de las actuaciones preventivas y detección desde el ámbito de la Enfermería en la depresión postparto.

Objetivo secundario 1: Describir estrategias para la prevención, detección e intervención de enfermería para la DPP.

Objetivo secundario 2: Reconocer los posibles factores de riesgo en la aparición de la depresión postparto.

Objetivo secundario 3: Examinar cómo afecta la DPP en el cuidado del recién nacido.

3.MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Material

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica con acceso a través de un ordenador utilizando las bases de datos proporcionadas por la Universidad Europea de Valencia:

- PubMed
- CINAHL
- Web of Science
- Dialnet

3.2 Diseño de estudio

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos, con el propósito de fundamentar la investigación en las perspectivas más actuales.

La formulación de la pregunta de investigación se basó en el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados/*Outcomes*) que se muestra en la tabla 4:

Tabla 4. Estructura PICO

P	Mujeres en el período postparto/ puerperio.
I	La participación del personal de enfermería en la detección temprana y la prevención de la depresión postparto.
C	La ausencia de participación del personal de enfermería en la detección y prevención de la depresión postparto.
O	La mejora en la prevención y detección de la DPP, así como la calidad de vida del recién nacido y la madre.

Fuente: Elaboración propia

Por consiguiente, la pregunta de investigación propuesta fue la siguiente: ¿Cuál es la importancia de la participación del personal de enfermería en la detección temprana y la prevención de la depresión postparto?

3.3 Criterios de selección

Tras realizar la búsqueda, se procede a seleccionar los artículos y se establecen los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Estudios publicados en textos completos disponibles en español y en inglés durante los años 2013-2023.
- Estudios de revisiones de la literatura científica, artículos de revistas, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorios, metaanálisis, revisiones sistemáticas.
- Se incluyen publicaciones tanto nacionales como en el ámbito internacional.
- Artículos que hacen referencia a la depresión postparto y/o periparto.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones de baja calidad metodológica y no acordes con los objetivos de esta revisión, o que provengan de fuentes no fiables.
- Publicaciones referidas exclusivamente a otros trastornos del postparto.
- Artículos duplicados.
- Artículos de acceso de pago.

3.4 Estrategias de búsqueda

Las bases de datos consultadas en esta revisión se incluyeron con el propósito de identificar artículos relevantes y válidos para la obtención de resultados. Para llevar a cabo una búsqueda más específica, se emplearon marcadores booleanos y descriptores de salud (DeCS) y *Medical Subject Heading* (MeSH), en diferentes bases de datos. En todas las fuentes, se emplearon descriptores con el operador "AND" con el fin de restringir los resultados a los objetivos del estudio, siendo las cadenas de palabras empleadas en inglés y español. Se utilizaron filtros de año de publicación, idioma y búsqueda de texto libre, con el propósito de ampliar la cantidad de resultados obtenidos. Se realizó una combinación de palabras clave y operadores booleanos con el fin de que la información se ajustara de manera precisa a los objetivos establecidos.

La estrategia de búsqueda en las bases de datos, y el número total de artículos encontrados y seleccionados, además de los diferentes descriptores utilizados, se detalla en las Tablas 5 y 6.

Tabla 5
Fuentes de información utilizadas.

Fuente de datos	Descriptores y booleanos	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	((Postpartum Depression) AND (prevention)) AND (Nursing)	68	2
	((Postpartum Depression) AND (maternity program)) AND (prevention)	58	1
	((Postpartum Depression) AND (newborn)) AND (affect)	28	1
	((Postpartum depression) AND (nurse)) AND (intervention)	31	1
CINAHL	(Postpartum depression) AND (nursing) AND (prevention)	53	3
	((Risk factors) AND (postpartum depression)) AND (review)	107	2
Web of Science (WOS)	((Postpartum Depression) AND (prevention)) AND (Nursing)	105	3
	((Risk factors) AND (postpartum depression)) AND (review)	398	1
Dialnet	Depresión Posparto	138	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6
Estrategias de búsqueda bibliográfica (Descriptores MeSH/DeCS)

MeSH	DeCS
Postpartum depression	Depresión postparto
Prevention	Prevención
Nursing/ Nurse	Enfermería/ Enfermera
Newborn	Recién nacido

Review	Revisión
Intervention	Intervención
Affect	Afectar
Maternity program	Programa de maternidad
Risk factors	Factores de riesgo

Fuente: Elaboración propia

3.5 Proceso de selección

La selección para este estudio se llevó a cabo mediante una búsqueda avanzada donde se emplearon descriptores para filtrar la información relevante. En una fase inicial se aplicaron los filtros con los objetivos y criterios tanto de inclusión como de exclusión previamente explicados. De esta manera se obtuvieron 726 artículos. Para realizar la selección de aquellos artículos que eran relevantes, de cada base de datos se seleccionaron desde la página uno, correlativamente sin sobrepasar las 10 primeras páginas. A continuación, se revisaron los títulos y resúmenes de 56 artículos, descartando aquellos que no cumplían con los intereses de la investigación. Finalmente se llevó a cabo una lectura crítica, además de eliminar los duplicados. Después de completar el proceso de filtrado, se eligieron un total de 16 artículos. Se identificó y sintetizó la información más relevante, así como los resultados y las conclusiones con respecto a los objetivos de este trabajo.

Las diferentes opciones de búsqueda avanzada de cada base de datos con los operadores booleanos se realizaron para poder obtener ecuaciones lo más precisas y parecidas entre sí. Se procedió a realizar una búsqueda de los descriptores mediante una ecuación de búsqueda codificada en las bases *PubMed*, *CINAHL* y *WOS*. Aparte de la no codificada, pero sí con el limitador de artículo de revista, utilizamos la base de datos *Dialnet*.

A continuación, en la tabla 7 se reflejan los filtros aplicados utilizados en las diferentes bases de datos seleccionadas:

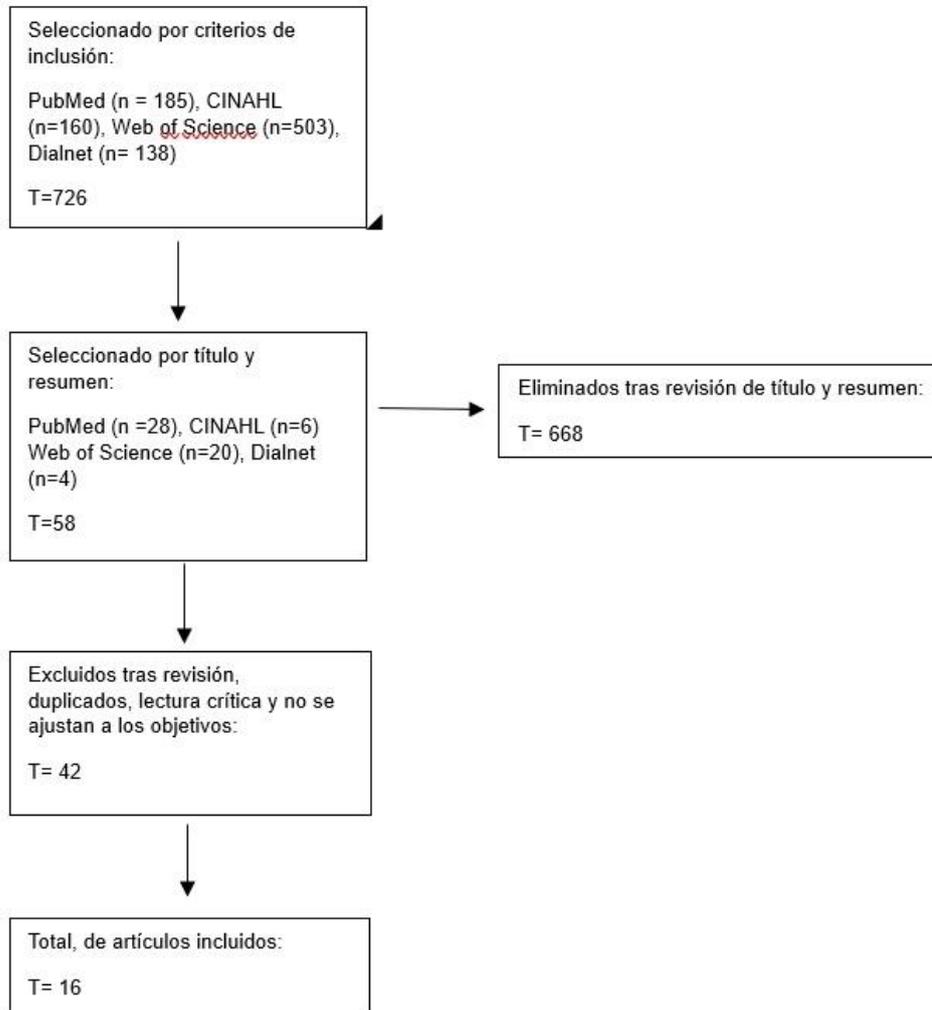
Tabla 7
 Filtros establecidos para la obtención de los artículos

BASE DE DATOS	FILTROS
PubMed	Texto completo gratis Inglés y español Fecha de publicación: (2013/2023) Ensayo clínico, metaanálisis, ensayo controlado aleatorio, revisión, revisión sistemática
CINAHL	Texto completo gratis Inglés y español Fecha de publicación: (2013/2023) Aplicar materias equivalentes
Web of Science	Acceso abierto Inglés y español Fecha de publicación: (2013/2023) Artículo, artículo de revisión
Dialnet	Artículo de revista

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar el diagrama de flujo (Figura 1) en el que se detalla la metodología seguida para la selección de los artículos. Además, se adjuntan en el (anexo 3), una serie de capturas de pantalla que se obtienen tras completar cada búsqueda en las correspondientes bases de datos.

Figura 1. Diagrama de flujo



Fuente: Elaboración propia

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

En la tabla 8 se muestran los resultados que resumen de manera concisa la información más significativa de los artículos seleccionados, siguiendo la estrategia de búsqueda mencionada en el apartado metodológico:

Tabla 8
Resultados obtenidos

Autor/es y año	Metodología	Resultados	Conclusiones
Zotti et al. (2020)	Revisión sistemática	El conjunto de datos comprendió nueve estudios, con dos clasificaciones para su análisis. Estrategias utilizadas por las enfermeras en la prevención de la depresión postparto y un grupo de mujeres embarazadas como intercambio de vivencias.	La prevención de la DPP fue una medida fácil de implementar, de bajo costo y viable para la ejecución en la práctica de enfermería.
Antúñez et al. (2022)	Revisión bibliográfica	La mayoría de los 12 estudios señalan que los principales factores de riesgo están vinculados al historial psiquiátrico previo, la carencia de apoyo social, recursos económicos limitados o bajo nivel educativo.	Se sugiere usar el cuestionario EPDS en las primeras semanas postparto, seguido de intervenciones profesionales, como terapias conductuales y psicosociales.

Liu y Yang. (2021)	Ensayo controlado aleatorio	La combinación de intervención cognitivo-conductual y atención postparto estándar redujo la ansiedad, depresión y aumentó la satisfacción. La incidencia de depresión postparto fue significativamente menor en el grupo de intervención (11.5%) que en el grupo de control (24.3%).	La intervención logró efectivamente disminuir la incidencia de depresión postparto en mujeres primerizas que mostraban predisposición a padecer este trastorno.
Horowitz et al. (2013)	Ensayo clínico aleatorizado	Comunicarse y Relacionarse Eficazmente (CARE), esta intervención generó mejoras significativas en la calidad de la interacción entre madre e hijo, así como reducciones en la severidad de la depresión en ambos grupos analizados.	Aunque la intervención CARE recibió un respaldo parcial e involuntario, las visitas domiciliarias llevadas a cabo por enfermeras tuvieron un impacto positivo en los resultados de todos los participantes.
McCarter et al. (2019)	Ensayo controlado aleatorio	Se hallaron mayores niveles de satisfacción en los grupos intervenidos en comparación con el de control, aunque no se detectaron cambios suficientes en las escalas utilizadas.	Las intervenciones resultaron beneficiosas y no fueron percibidas como una carga. Se requieren más estudios para para evaluar la efectividad.
Chrzan-Dętkoś et al. (2020)	Ensayo controlado basado en revisión de la literatura	El grupo de intervención psicológica y de lactancia muestran una reducción del 70% en los síntomas de trastornos mentales y depresión en la población estudiada, que consta de tres grupos de mujeres.	El estudio confirmó la efectividad del programa en los trastornos mentales, la reducción del estrés y el aumento de la lactancia materna, mejorando la salud.
Figueiredo et al. (2021)	Estudio de cohortes	La práctica de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses mitigó la relación entre la depresión prenatal y después del parto, en comparación con las que no amamantaron exclusivamente.	La lactancia materna exclusiva podría proteger contra la depresión postparto en mujeres que sufrieron depresión durante el embarazo.

Wang et al. (2021)	Revisión sistemática y metaanálisis	Las intervenciones psicológicas administradas por enfermeras y parteras mostraron un impacto significativo, siendo el asesoramiento de apoyo la modalidad más eficaz del 95% dentro de estas intervenciones.	Las acciones de intervención psicológica ofrecidas por enfermeras y parteras representaron una estrategia efectiva para la salud mental perinatal y reducir la depresión.
Hutchens y Kearney. (2020)	Revisión general	Tras ser revisados 21 artículos y evaluar los factores de riesgo, se identificaron 25 factores de riesgo significativos. Además, se encontraron 2 factores adicionales con hallazgos no concluyentes.	Un análisis detallado de los factores de riesgo de la depresión postparto ayuda a desarrollar estrategias preventivas y de detección, mitigando los efectos del "ladrón de la maternidad".
Qi et al. (2021)	Metaanálisis	Se llevaron a cabo análisis para detectar los factores de riesgo asociados con la depresión postparto. De los 1175 estudios evaluados, se seleccionaron 51 para su análisis posterior. Los factores más relevantes fueron la depresión prenatal y la ansiedad prenatal.	Este estudio identificó varios factores psicológicos y sociales que aumentan el riesgo de padecer DPP, algunos con un impacto significativo y otros más moderados.
Gastaldon et al. (2022)	Revisión general	Se analizaron 185 estudios observacionales y 11 revisiones sistemáticas, para investigar la evidencia disponible sobre los factores de riesgo en la DPP, aun así, la evidencia según las escalas fue baja para algunas asociaciones.	El síndrome premenstrual fue el factor con la asociación más fuerte con la DPP, seguido de experiencias de violencia y embarazo no deseado.
Mousa et al. (2023)	Revisión narrativa	La incidencia de depresión afectó hasta el 15% de las mujeres después del parto, con un rango de 10 a 20% durante el embarazo o los primeros 12 meses después del parto.	Diversos factores aumentaron el riesgo de depresión postparto, abarcando aspectos biológicos, psicosociales y del entorno.

Śliwerski et al. (2020)	Revisión sistemática	La relación con el estilo de apego varió según el método de medición en el estudio. Solo fue significativa con una entrevista estructurada y cuando se hizo hasta seis meses después del parto.	Fue esencial usar métodos de diagnóstico confiables para estudiar la relación entre la depresión materna y el apego infantil, recomendando un enfoque multifactorial en la investigación.
Slomian et al. (2019)	Revisión sistemática	Se revisaron 122 estudios sobre las repercusiones de la depresión postparto en madres, niños y sus interacciones, incluyendo aspectos como calidad de vida, relaciones sociales y apego madre-hijo.	Esta revisión destacó la estrecha relación entre la salud de los bebés y el bienestar de sus madres, indicando que la depresión postparto afecta negativamente el entorno para el desarrollo infantil.
Lasheras et al. (2014)	Estudio observacional prospectivo	Se registró un 9,2% de depresión postparto y un 5% de alteraciones en el vínculo, más comunes en madres primerizas, con posible impacto negativo en la relación madre-hijo.	Las estadísticas de DPP revelaron alteraciones en el vínculo madre-hijo. Fue crucial detectar sistemáticamente para prevenir consecuencias en ambos.
Van Lieshout et al. (2022)	Ensayo controlado aleatorio	Los sujetos del grupo experimental mostraron una disminución significativa en los síntomas de DPP inmediatamente después del tratamiento, junto con modificaciones en las puntuaciones del EPDS.	Sesiones grupales de TCC dirigidas por enfermeras podrían mejorar el ánimo, reducir la ansiedad y fortalecer el vínculo madre-hijo en casos de DPP.

Fuente: Elaboración propia

4.2 Discusión

4.2.1 Describir estrategias para la prevención, detección e intervenciones de enfermería para la DPP.

Con frecuencia, los trastornos mentales han sido descuidados o mal manejados, lo que indica la importancia de comprender las medidas de prevención y detección llevadas a cabo por el personal de enfermería. Se han examinado diferentes investigaciones y revisiones centradas en las medidas preventivas que se pueden emplear para la depresión postparto identificándose acciones llevadas a cabo abordando la prevención y que mostraron tener aspectos positivos y ser efectivas.

Según Zotti et al. (2021), la falta de comprensión por parte de las mujeres embarazadas sobre los diferentes tipos de emociones que podían experimentar después del parto contribuyó a que sentimientos como el rechazo o la tristeza fueran pasados por alto. Por ello, fue fundamental que los profesionales de enfermería educaran sobre la normalidad de estos sentimientos, especialmente durante los primeros días tras el parto. Por tanto, Zotti et al. (2021) sugirieron dos intervenciones eficaces: primero el acompañamiento prenatal mediante una atención acogedora desde el inicio del cuidado prenatal en el transcurso de la consulta de enfermería, utilizando herramientas como escalas de evaluación y fomentando la comunicación para que la gestante comprendiera mejor el tema; y segundo las actividades educativas realizadas a través de grupos de gestantes y profesionales de la salud, obteniendo resultados favorables, facilitando su entendimiento, atención y compromiso, en colaboración con sus seres queridos, donde el personal de enfermería pudo detectar posibles cambios en el estado de ánimo, pensamiento y comportamiento de la gestante.

Se ha demostrado que una efectiva evaluación y detección temprana mejora significativamente el pronóstico y reduce las consecuencias graves que puedan aparecer. En este contexto, surgen varios ejemplos de estas herramientas de evaluación y detección. Cuestionarios como el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) juegan un papel crucial en la atención preventiva de la enfermedad. Este instrumento consta de 21 ítems divididos en una sección afectiva y otra somática, diseñado para identificar y medir la gravedad de los síntomas depresivos. Se califica sumando los puntos asignados a cada ítem, lo que resulta en una puntuación total que puede variar de 0 a 63 puntos, indicando desde una depresión mínima 0 hasta severa 63. Asimismo, en caso de detectar la presencia de depresión, se tomarían medidas correspondientes según la gravedad del caso en particular. En contraste, el cuestionario más específico y comúnmente utilizado para detectar la depresión postparto es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Esta se caracteriza por su impacto positivo en los síntomas depresivos y el bienestar mental de las mujeres, respaldada por la evidencia, abordando aspectos como disforia, concentración, sentimientos de culpa, ansiedad e ideación suicida, compuesta por 10 preguntas. Cada pregunta ofrece 4 opciones de respuesta para

evaluar los síntomas de manera rápida y sencilla, asignando puntos del 0 al 3 según la gravedad percibida, posteriormente, se suman todos los puntos totales obtenidos. Una puntuación mayor de 10 indica la probabilidad de depresión, aunque hay que destacar que no especifica su gravedad. Por ende, es importante destacar que cualquier puntuación diferente de "0" en la pregunta número 10 sugiere la necesidad de realizar evaluaciones adicionales. Se recomienda emplear este cuestionario para la detección inicial de posibles síntomas depresivos en las madres durante la primera visita postparto y a las seis semanas después del parto. Además, podría ser beneficioso repetir la evaluación dos semanas después de la primera visita. Existen otras herramientas para su detección que se utilizan; sin embargo, la EPDS destaca principalmente por su brevedad y simplicidad. Las distintas escalas pueden verse en el Anexo 1 y 2 (Antúnez et al., 2022).

Un estudio clínico controlado y aleatorizado realizado por Liu y Yang (2021) investigó el impacto de la atención de enfermería psicológica en los síntomas de depresión, utilizando la terapia cognitivo-conductual. Participaron 260 pacientes, de las cuales 113 pertenecían al grupo de intervención y 115 al grupo de control, quienes completaron todas las fases de la investigación. En el grupo de control se les proporcionó atención estándar, que incluyó: asesoramiento sobre la dieta y el estilo de vida después del parto, orientación sobre la atención materna y neonatal, cuidado perineal, promoción de la lactancia materna, prácticas básicas como el cambio de pañales y la resolución de dudas. Por otro lado, en el grupo de intervención, se implementó la terapia cognitivo-conductual de 6 semanas, realizada semanalmente durante 1 hora. Estuvo compuesta por varias etapas, inicialmente se llevó a cabo una evaluación psicológica detallada, seguida de la elaboración de un plan de actividades personalizado. Las enfermeras establecieron una relación cercana con las madres para garantizar una atención individualizada, identificando y abordando las necesidades específicas de cada una de ellas, se promovieron diversas actividades destinadas a reducir la ansiedad, como la música relajante. Además, se brindó una especial atención a la actuación después del parto, dando orientación sobre la lactancia materna y fomentando una comunicación efectiva con la pareja y la familia para aumentar el apoyo social hacia la madre. Esto permitió mejorar el estado emocional de las madres y facilitar una comunicación eficaz entre los miembros de la familia, asegurando el bienestar tanto de la madre como del bebé.

Por consiguiente, se encontró que esta intervención redujo significativamente la incidencia de depresión postparto en mujeres primerizas con predisposición a la misma. Después de seis semanas, se observó una menor cantidad de participantes con depresión postparto en el grupo que recibió la intervención en comparación con el grupo de control con un (24,3%) y en el grupo de intervención (11,5%). Adicionalmente, los resultados de un cuestionario de satisfacción con la atención de enfermería mostraron que la terapia cognitivo-conductual también mejoró la satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido.

Horowitz et al. (2013) llevaron a cabo un estudio sobre las visitas domiciliarias realizadas por enfermeras, las cuales se realizaron desde las 6 semanas hasta los 3, 6 y 9 meses posteriores al parto, y el grupo de intervención recibió visitas adicionales a los 2 y 4 meses postparto. Los resultados indicaron un impacto positivo en los resultados para todos los participantes, además de la intervención de entrenamiento conductual centrada en las relaciones, conocida como Comunicarse y Relacionarse Eficazmente, con sus siglas en inglés “*Communicating And Relating Effectively*” (CARE). Basándose en la observación, los equipos de enfermería que intervinieron se dedicaron a enseñar y entrenar a madres con depresión para mejorar su comunicación y relaciones. Al detectar comportamientos maternos problemáticos, todo el equipo se esforzó por fomentar nuevas respuestas y habilidades maternas. No obstante, no se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el de control, ya que las visitas domiciliarias, tanto para el grupo de tratamiento como para el de control, incluyeron una escucha empática activa por parte de enfermería durante la recopilación de datos, el seguimiento y las entrevistas de diagnóstico. Estas acciones, probablemente, constituyeron una forma inesperada de intervención para las madres del grupo de control. A pesar de esto, ambos grupos mostraron mejoras significativas en todas las medidas a lo largo del tiempo, donde el protocolo generó resultados significativos, y las madres validaron los efectos positivos de utilidad y respaldo de las visitas domiciliarias de las enfermeras. Por otro lado, otra intervención puede ser la implementación de cuidados enfermeros con el respaldo tecnológico, dirigidos a mitigar los riesgos de la DPP y potencialmente mejorar el bienestar emocional y reducir el estrés, así como evaluar la satisfacción con la intervención.

En un estudio con 547 mujeres, se enviaron mensajes electrónicos estandarizados a un grupo durante seis meses y a otro se les ofreció contacto telefónico con enfermeras. Aunque no hubo cambios significativos en los niveles de depresión o estrés, ambas intervenciones mostraron niveles de satisfacción más altos. Las mujeres se sintieron reconfortadas y seguras con la opción de poder comunicarse con el personal de enfermería. Las llamadas en respuesta a altos niveles de un posible riesgo que apareciera, sugieren que la detección de la depresión a través de la tecnología pudo facilitar el acceso al tratamiento y reducir las complicaciones (McCarter et al., 2019).

Liu y Yang (2021), también señalaron que las intervenciones antes y después del parto desempeñan una función fundamental en la reducción del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las mujeres embarazadas. Se pueden utilizar diversas intervenciones para atenuar la intensidad de la ansiedad y la depresión postparto, que abarcan desde el ejercicio físico hasta el entrenamiento psicoeducativo, los grupos de apoyo social y la terapia cognitivo-conductual. Por otro lado, Antúnez et al. (2022), destacaron que hay grupos de apoyo que pueden resultar sumamente beneficiosos; no obstante, es importante subrayar que no deben reemplazar los medicamentos o la psicoterapia. Además, ambos estudios coinciden en que contar con un sólido respaldo social por parte de la familia y amigos puede desempeñar un papel significativo en la reducción de la gravedad de los síntomas.

Chrzan-Dętkoś et al. (2020) llevaron a cabo el programa "Maternidad paso a paso", que abordaba acciones preventivas destacando el trabajo interdisciplinar que involucra la colaboración de matronas, enfermeras y psicólogas, utilizado desde dos enfoques: brindar apoyo psicoterapéutico a mujeres y proporcionar asesoramiento sobre lactancia materna, además de aumentar el porcentaje de mujeres que amamantaron durante los primeros seis meses de vida del bebé y mejorar los indicadores de salud mental entre aquellas que recibieron apoyo para la lactancia materna. En caso de haber experimentado niveles elevados de ansiedad, depresión u otros síntomas, las participantes en el programa de apoyo a la lactancia materna fueron alentadas a asistir a sesiones de apoyo psicológico. Los resultados de los análisis estadísticos demostraron su eficacia tanto en el respaldo a la lactancia materna como en la reducción de los síntomas depresivos, observando una disminución del 70% en el nivel de síntomas de depresión en mujeres que participaron en el grupo de intervención. Asimismo, se observó una reducción del nivel de ansiedad e insomnio en el 80% de los casos. En definitiva, la lactancia materna generó una conexión emocional reparadora.

Por otro lado, según Figueiredo et al. (2021), también encontraron beneficios en la lactancia. Al investigar a 264 mujeres que no estaban deprimidas durante el embarazo y 70 que sí lo estaban, se observó una conexión notable entre la depresión prenatal y la práctica de la lactancia materna exclusiva a los tres meses, así como tasas significativamente menores de depresión posterior al parto, en comparación con aquellas que no estaban practicando la lactancia exclusiva. Esto mostró que la lactancia pudo haber ejercido un efecto protector contra la depresión postparto en mujeres que experimentaron depresión prenatal.

Según Antúnez et al. (2022) el equipo de enfermería puede adoptar un enfoque preventivo mediante la implementación de cuidados tales como:

- Ofrecer toda la información acerca de los factores de riesgo que puedan surgir o ya estén detectados.
- Continuo seguimiento domiciliario.
- Ofrecer apoyo para facilitar la adaptación en la unidad familiar a la salida del hospital y una vez que lleguen a casa.
- Educar para la posibilidad de experimentar la llamada TTP.
- Proporcionar información sobre la posible agravación del proceso pudiendo llegar a una PPP.

Asimismo, es esencial dirigir la atención hacia las madres que ya han sido diagnosticadas con depresión postparto, para prevenir consecuencias más graves, centrándose en:

- Proporcionar respaldo afectivo.
- Mejorar la habilidad para afrontar situaciones y reducir los síntomas.
- Obtener ayuda con las tareas domésticas y el cuidado del recién nacido para facilitar el descanso.

- Facilitar métodos de relajación.
- Madres con historial de antecedentes más graves necesitan mayor intervención y seguimiento con distintas terapias.
- Si la depresión persiste a pesar de la terapia y la medicación, la hospitalización puede ser requerida.

En el estudio de Wang et al. (2021) se examinaron 12 estudios que abordaron el bienestar de las mujeres durante el período perinatal, desde el embarazo hasta el primer año después del parto, tanto para aquellas mujeres sin riesgo conocido como para aquellas en riesgo de padecer depresión perinatal. Los resultados obtenidos incluyeron cambios en los síntomas depresivos evaluados mediante la escala EPDS. Se encontró que la intervención psicológica realizada por enfermería tuvo un impacto significativo en la reducción de los síntomas depresivos durante el período perinatal en comparación con el grupo de control, demostrando que esta intervención logró reducir los síntomas depresivos hasta en un 36% en las primeras 2 semanas y un 25% entre las semanas 9 y 12 posteriores a la intervención. Se evaluaron tres secciones de intervención psicológica: cognitivo-conductual, asesoramiento de apoyo y educación psicológica. Los resultados indicaron que tanto la terapia cognitivo-conductual como el asesoramiento de apoyo pudieron reducir los síntomas de depresión, mientras que la educación psicológica no mostró una diferencia muy significativa. Entre estos enfoques, se demostró que el asesoramiento de apoyo fue el más apropiado para el equipo de enfermería. Con una capacidad necesaria y el manejo de habilidades, enfermería y enfermería Obstétrico-Ginecológica, pudieron proporcionar una intervención psicológica efectiva y reducir los síntomas depresivos. Además, al brindar atención perinatal, estos profesionales no solo se centraron en aspectos relacionados con el parto, sino que también prestaron atención a los problemas de salud mental de las mujeres.

Como podemos observar, se cuenta con pruebas que respaldan la utilidad de la detección precoz y las medidas preventivas. Sin duda, el personal de enfermería son los principales profesionales de atención primaria con los que las mujeres interactúan con mayor regularidad durante el período perinatal. Además, tienen la oportunidad de establecer relaciones significativas con las mujeres, lo que puede resultar crucial para promover la salud mental en este grupo.

4.2.2 Reconocer los posibles factores de riesgo en la aparición de la depresión postparto.

Los estudios concuerdan en identificar los diferentes factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir depresión postparto, la cual puede originarse por diversas razones.

Hutchens y Kearney (2020) mostraron que los factores de riesgo más frecuentes fueron el nivel elevado de estrés, la falta de apoyo social, la experiencia previa o actual de abuso, la depresión durante el embarazo y la mala relación de pareja. Entre estos, los dos factores de

riesgo más relevantes para la depresión postparto fueron la depresión durante el embarazo y la presencia de abuso. En consecuencia, es fundamental una comprensión más completa de los factores de riesgo para mejorar la orientación en la prevención y detección de la depresión postparto. Qi et al. (2021) también concuerdan en que los factores de riesgo psicológicos y sociales más significativos son la depresión durante el embarazo, seguida en este caso de la ansiedad prenatal, una situación económica precaria y problemas en la relación de pareja. Sin embargo, las diferencias sociales y culturales entre China y Occidente podrían generar discrepancias en los factores de riesgo asociados a la depresión postparto.

En el estudio liderado por Antúnez et al. (2022), fueron identificados factores de riesgo asociados con la depresión postparto, entre los cuales se encontraron situaciones estresantes en la vida cotidiana, niveles moderados de estrés, el tipo de parto, ser madre primeriza y tener antecedentes psiquiátricos. Sin embargo, según Gastaldon et al. (2022), tras examinar 11 revisiones sistemáticas y 12 metaanálisis, se observó que la conexión entre el síndrome premenstrual y la depresión postparto fue especialmente significativa debido a la influencia hormonal. Estas revisiones identificaron un total de 12 factores de riesgo asociados.

- Anemia.
- DMG (Diabetes Mellitus Gestacional).
- Parto por cesárea.
- Parto prematuro.
- Uso de analgesia epidural.
- Concepción asistida médicamente.
- Experiencias de violencia.
- Síndrome premenstrual (SPM).
- Deficiencia de vitamina D.
- Embarazo no planificado.

Al apartar los estudios de la revisión que evaluaron los síntomas del estado de ánimo durante la primera semana postparto, se observó que la fuerza de asociación se mantuvo solo para las experiencias violentas, la cesárea, la deficiencia de vitamina D, los bebés prematuros, el parto y el embarazo no deseado, mientras que la asociación con DMG se redujo y también la asociación con el síndrome premenstrual. En resumen, se concluyó que las experiencias violentas son uno de los factores de riesgo más consistentes para el desarrollo de la DPP. Este estudio remarcó la necesidad de revisar y actualizar los factores de riesgo. Aparte, el embarazo no deseado podría ser atribuible al incremento del estrés, o quizás algunas mujeres no estuvieran suficientemente preparadas o sintieran preocupación por la salud del feto. Asimismo, podrían haber enfrentado un conflicto personal entre continuar o interrumpir el embarazo, incluso haber comenzado la atención prenatal más tarde en comparación con aquellas que planearon su embarazo.

En la misma dirección Antúnez et al. (2022) coinciden comentando que el peligro de complicaciones aumenta en el caso de embarazos no planificados, llegado el caso se requiere un seguimiento continuo, que abarque desde el periodo postparto hasta la evaluación psiquiátrica, además de un seguimiento social preventivo. Se sugiere entonces que estos factores se integren en algoritmos clínicos para evaluar el riesgo de DPP, dada la evidencia fragmentada e inconsistente encontrada.

Finalmente, de acuerdo con Mousa et al. (2023), también influyeron en la depresión postparto los aspectos del estilo de vida, como los hábitos en la alimentación, los ciclos de sueño y el ejercicio físico. Sin embargo, en particular, la depresión que no fuera detectada durante el periodo gestacional aparece como el factor principal asociado a la depresión postparto, asimismo el riesgo de experimentar depresión postparto aumenta hasta un 30% con cada embarazo, especialmente si la madre ha tenido episodios previos. Por lo tanto, es imprescindible que las mujeres expuestas a estos factores de riesgo sean vigiladas y evaluadas de manera continua durante el embarazo y también en la etapa postparto, ya sea por parte de enfermería o a través de la atención primaria.

4.2.3 Examinar cómo afecta la DPP en el cuidado del recién nacido.

Antúnez et al. (2022) revelaron que la DPP tenía una serie de repercusiones adversas tanto para la madre como para la familia, esto se debía a que podía afectar en el desarrollo adecuado de los hijos y deteriorar las relaciones familiares. Además, cuando una mujer se siente agobiada es común que disminuya la interacción con sus hijos. En situaciones graves, este trastorno del estado de ánimo durante el periodo postparto puede desencadenar una condición severa como la psicosis postparto, aumentando el riesgo de poder tener actos graves como el infanticidio o el suicidio.

Śliwerski et al. (2020) resaltaron la relación entre el apego infantil y la depresión prenatal en madres con historial de episodios depresivos mayores. Encontraron que esta relación es moderada y se asocia a una calidad de crianza inferior. Este efecto se observa principalmente cuando la depresión se presenta junto a otro trastorno mental o cuando ocurre antes del periodo prenatal. Sin embargo, la gran mayoría de los estudios no demostraron que la depresión de las madres fuera un factor concluyente en relación con el apego infantil. Por el contrario, se defiende que se incrementa el riesgo de desarrollar un estilo de apego más inseguro e inestable, pero solo cuando se combina con otros factores como la baja calidad de la crianza o diagnósticos comórbidos. La asociación entre la depresión materna y el apego infantil está continuamente cambiando, influenciándose por diversos factores, como puede ser el tipo de depresión, el momento, el nivel socioeconómico y el método de evaluación que se utilice. Aunque la depresión si pudo tener efectos negativos, la participación activa de la madre en el cuidado básico de los hijos hizo capaz la minimización de los efectos. En cambio, Slomian et al. (2019) mostraron que

la depresión postparto en las madres se podía relacionar con un deterioro tanto físico como psicológico, lo que afecta a una peor calidad de vida y representa un factor de riesgo para el desarrollo de la relación y el cuidado hacia los hijos. Por tanto, es adecuado asumir que la DPP afecta significativamente en la forma en que una madre presta atención a su hijo. Este estudio señaló que las mujeres con síntomas depresivos tendían a mostrar menos proximidad, sensibilidad y complicidad hacia ellos, y así podrían enfrentar más dificultades en sus relaciones con sus hijos durante el primer año. Además, se observaron asociaciones negativas y significativas entre los síntomas depresivos y el desarrollo cognitivo infantil, incluido el lenguaje, los comportamientos infantiles, las preocupaciones sobre la salud del niño e incluso la calidad del sueño.

Por otro lado, Lasheras et al. (2014) revelaron que era más frecuente en las madres primerizas, el 9,2% de las mujeres investigadas mostraron problemas en la relación madre-hijo, mientras que el 0,7 % experimentaban ansiedad centrada hacia el cuidado del recién nacido, se observó una conexión altamente significativa entre la sospecha de depresión postparto y los problemas en la relación madre-hijo. Además, se encontró que los antecedentes psicológicos a lo largo de la vida estaban relacionados de manera más significativa con una mayor incidencia de depresión postparto y más problemas en la relación madre-hijo.

La depresión materna fue observada como un factor que impacta en la relación madre-hijo, poniendo en riesgo la salud, el desarrollo conductual y psicobiológico del bebé, seguido posteriormente al comportamiento social y desarrollo cognitivo. Dado que la DPP que no fue tratada, deja a las mujeres y a sus hijos vulnerables a numerosas consecuencias negativas a corto y largo plazo. Se sugiere que la sensibilidad de las madres deprimidas se podría mejorar a través de intervenciones preventivas. Por consiguiente, se requieren eficaces intervenciones, y las enfermeras pueden desempeñar un papel fundamental, siendo la primera línea de apoyo para abordar las dificultades en la interacción madre-hijo, como lo señalaban Horowitz et al. (2013). Además, según Van Lieshout et al. (2022), el personal de enfermería puede ser capaz de minimizar la preocupación, la ansiedad centrada en el bebé, la ira y el rechazo, promoviendo así un mejor vínculo entre madre e hijo. Es importante comprender en mayor profundidad los factores de riesgo vinculados a la DPP con el fin de mejorar los resultados tanto para las madres como para los hijos.

4.3 Limitaciones del estudio

Se han reconocido varias limitaciones durante la elaboración de este trabajo:

En primer lugar, en futuras investigaciones sería beneficioso consultar mayor número de artículos y bases de datos, además de ampliar los idiomas consultados además del inglés y el español.

Por otro lado, se presentan pocos artículos de esta temática a nivel nacional, por lo que se espera contribuir con este estudio a fomentar la importancia que tiene y la necesidad de invertir recursos en favor de ampliar el conocimiento.

A pesar de los obstáculos encontrados, sin embargo, se refleja una vez más la importancia fundamental del rol de la enfermería, y se destaca la necesidad de respaldar futuras investigaciones sobre el papel de la enfermería en la prevención, detección y seguimiento de la DPP.

5. CONCLUSIONES

- El papel de enfermería en el contexto de la DPP está especialmente presente desde Atención Primaria; es una figura clave en la detección temprana, dirigidas a los elementos de riesgo, además de apoyar y fomentar una red familiar y/o sociosanitaria. Una precoz intervención contribuye a mejorar la calidad de vida de madre e hijo y reduciendo así las posibles consecuencias negativas.
- Enfermería desempeña un papel fundamental en la identificación temprana mediante el uso de herramientas validadas. Son responsables de implementar estrategias de prevención, así como de llevar a cabo múltiples intervenciones, brindar apoyo y reducir síntomas.
- Es esencial que estemos familiarizados con los factores de riesgo primordiales que contribuyen al desarrollo de la DPP, muchos de los cuales son susceptibles de modificación y prevención mediante una estrategia adecuada.
- La depresión posparto puede deteriorar el cuidado del recién nacido y crear un entorno poco propicio para su crecimiento e interferir en el vínculo madre e hijo. Se hace necesario aumentar la inversión en investigar y profundizar sobre esta temática.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acuña Alvarado, A., Ramírez Zumbado, E., & Azofeifa Zumbado, M. F. (2021). Depresión postparto. *Revista Médica Sinergia*, 6(9), e712. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>

Alba González, R., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Alonso del Rivero Hernández, V. del C., & Fernández Díaz, M. N. (2017). Actualización en depresión postparto. *Tiempos de Enfermería y Salud*, 1(3), 18-22. <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>

Antúnez Ortigosa, M., Martín Narváez, N., Casilari Floriano, J. C., & Mérida de la Torre, F. J. (2022). Depresión postparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19–29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)* (5a ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32(Supl. 1), 169-175. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>

Caparrós-González, R. A., Romero-González, B., & Peralta-Ramírez, M. I. (2018). Depresión postparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 42, e97. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>

Carro García, T., Sierra Manzano, J. M., Hernández Gómez, M. J., Ladrón Moreno, E., & Antolín Barrio, E. (s/f). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Revista Médica General*, 24, 452-456. <https://www.semq.info/mgyf/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>

Chrzan-Dętkoś, M., Pietkiewicz, A., Żołnowska, J., & Pizuńska, D. (2020). The program of psychological and breastfeeding support "Maternity step by step": an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression. *Psychiatria polska*, 54(3), 613–629. <https://doi.org/10.12740/PP/105494>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Doll, A., Navas, M., & Quintero, J. (2015). Enfermedad mental perinatal. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86), 5119-5126. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.001>.

Figueiredo, B., Pinto, T. M., & Costa, R. (2021). Exclusive Breastfeeding Moderates the Association Between Prenatal and Postpartum Depression. *Journal of Human Lactation*, 37(4), 784–794. <https://doi.org/10.1177/0890334421991051>

Fonseca Villanea, C. (2018). Psicosis postparto. *Revista Médica Sinergia*, 3(8), 7-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134>

Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C. U., Barbui, C., & Schoretsanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 221(4), 591–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>

Gracia Gómez, C. (2022). Revisión bibliográfica-Abordaje de la depresión postparto mediante talleres de maternidad enfermeros. *NPunto*, 5(53), 157– 159. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8947868>

Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 42(3), 287–300. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>

Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of midwifery & women's health*, 65(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>

Jadresic M, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 269-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>

Lasheras, G., Sender, B. F., & Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 109, 22-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678862>

Liu, H., & Yang, Y. (2021). Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00320-4>

Luque, V. M. C., & Sánchez, L. M. R. (2020). Algoritmo de detección y derivación de depresión postparto. *Enfermería Cuidándote: La revista científica del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Málaga*, 3(3), 30-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8457770>

Malpartida Ampudia, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), e355. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>

McCarter, D. E., Demidenko, E., Sisco, T. S., & Hegel, M. T. (2019). Technology-assisted nursing for postpartum support: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 75(10), 2223–2235. <https://doi.org/10.1111/jan.14114>

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(3), 185-193. <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>

Miranda Moreno, M. D., Bonilla García, A. M., & Rodríguez Villar, V. (2017). Cuidados después del parto. *Trances: Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 9(4), 719-726. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6429537>

Morillas Salazar, R. M., & Iglesias Moya, J. (2020). Cuidados de la matrona de atención primaria en la depresión postparto. A propósito de un caso. *NPunto*, (22), 84-87. <https://www.npunto.es/revista/22/cuidados-de-la-matrona-de-atencion-primaria-en-la-depresion-postparto-a-proposito-de-un-caso>

Mousa, O., A. S. Y., Sabati, & Khars, F. A. (2023). Postpartum Depression: Neglected Issue in Maternal Health. *International Journal of Nursing Education*, 15(1), 72–77. <https://doi.org/10.37506/ijone.v15i1.18995>

National Institute of Mental Health. (s. f.). Depresión perinatal. <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/publications/depresion-perinatal.pdf>

Oviedo Lugo, G. F., & Jordán Mondragón, V. J. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*, 47(2), 131-140. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018675004.pdf>

Qi, W., Zhao, F., Liu, Y., Li, Q., & Hu, J. (2021). Psychosocial risk factors for postpartum depression in Chinese women: a meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03657-0>

Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617972001>

Schönhaut Berman, L., & Podestá López, L. (2016). Rol del pediatra frente a la depresión posparto. *Revista chilena de pediatría*, 87(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.01.003>

Śliwerski, A., Kossakowska, K., Jarecka, K., Świtalska, J., & Bielawska-Batorowicz, E. (2020). The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2675. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082675>

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Tamires Alexandre, F., Nogueira Ferreira, A. G., d'Ávila Siqueira, D., Vieira do Nascimento, K., Ximenes Neto, F. R. G., & Muniz Mira, Q. L. (2013). Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería global*, 12(29), 404–419. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100022

Van Lieshout, R. J., Layton, H., Savoy, C. D., Haber, E., Feller, A., Biscaro, A., Bieling, P. J., & Ferro, M. A. (2022). Public Health Nurse-delivered Group Cognitive Behavioural Therapy for Postpartum Depression: A Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 67(6), 432–440. <https://doi.org/10.1177/07067437221074426>

Wang, T. H., Pai, L. W., Tzeng, Y. L., Yeh, T. P., & Teng, Y. K. (2021). Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nursing open*, 8(5), 2117–2130. <https://doi.org/10.1002/nop2.764>

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.

Zotti Souza Viana, M. D., Almeida Fettermann, F., & Nogueira Cesar, M. B. (2020). Nursing Strategies for the Prevention of Post-Birth Depression. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 12(1), 953–957. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6981>

7. ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) (Cox et al., 1987).

Evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de todos los ítems de 10 o más, muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se elija que no sea el "0" para el ítem número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

Nombre: _____ Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Instrucciones:

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé hace poco. Por favor marque o subraye la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los *últimos siete días*, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma forma.

Preguntas: En los últimos siete días:

1. *¿He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas?*

- a) Tanto como siempre: 0
- b) No tanto como ahora: 1
- c) Mucho menos: 2
- d) No, no he podido: 3

2. *¿He mirado el futuro con placer?*

- a) Tanto como siempre: 0
- b) Algo menos de lo que solía hacer: 1
- c) Definitivamente menos: 2
- d) No, nada: 3

3. *¿Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien?*

- a) Sí, la mayoría de las veces: 3
- b) Sí, algunas veces: 2

c) No muy a menudo: 1

d) No, nunca: 0

4. *¿He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno?*

a) No, para nada: 0

b) Casi nada: 1

c) Sí, a veces: 2

d) Sí, a menudo: 3

5. *¿He sentido miedo y pánico sin motivo alguno?*

a) Sí, bastante: 3

b) Sí, a veces: 2

c) No, no mucho: 1

d) No, nada: 0

6. *¿Las cosas me agobian u oprimen?*

a) Sí, la mayor parte de las veces: 3

b) Sí, a veces: 2

c) No, casi nunca: 1

d) No, nada: 0

7. *¿Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir?*

a) Sí, la mayoría de las veces: 3

b) Sí, a veces: 2

c) No muy a menudo: 1

d) No, nada: 0

8. *¿Me he sentido triste y desgraciada?*

a) Sí, casi siempre: 3

b) Sí, bastante a menudo: 2

c) No muy a menudo: 1

d) No, nada: 0

9. *¿Me he sentido tan infeliz que he estado llorando?*

a) Sí, casi siempre: 3

b) Sí, bastante a menudo: 2

c) Sólo en ocasiones: 1

d) No, nunca: 0

10. *¿He pensado en hacerme daño a mí misma?*

a) Sí, bastante a menudo: 3

- b) A veces: 2
- c) Casi nunca: 1
- d) No, nunca: 0

ANEXO 2

Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II) (Sanz et al., 2003).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

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

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo.

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

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

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de Energía

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

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el Apetito

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

19. Dificultad de Concentración

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

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 3: Captura de pantalla utilizadas

The image displays four screenshots of PubMed search results, each showing a search query, filters, and a list of articles. The screenshots are arranged in a 2x2 grid.

Top Left Screenshot: Search query: ((Postpartum Depression) AND (prevention)) AND (Nursing). Results: 68. Filtered results include: "Oxytocin and postpartum depression: A systematic review." (Thiul TA, Corwin EJ, Carlson NS, Brennan PA, Young LJ, Psychoneuroendocrinology, 2020 Oct;120:104793. doi: 10.1016/j.psyneuen.2020.104793. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32683141. Free PMC article.) and "Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress." (Lewis BA, Schauer K, Dunsiger S, Sarason I, Frayeh AL, Terrell CA, Ciccolo JT, Fischer J, Avery MD. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Nov 22;21(1):785. doi: 10.1186/s12884-021-04257-8. PMID: 34802425. Free PMC article. Clinical Trial.)

Top Right Screenshot: Search query: ((Postpartum Depression) AND (maternity program)) AND (prevention). Results: 58. Filtered results include: "The program of psychological and breastfeeding support 'Maternity step by step': an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression." (Chrzan-Dętkoś M, et al. Psychiatr Pol. 2020. PMID: 33038891. English, Polish.) and "Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression: The PAMELA Randomized Clinical Trial." (Coll CVN, Domingues MR, Stein A, da Silva BGC, Bassani DG, Hartwig FP, da Silva ICM, da Silveira MF, da Silva SG, Bertoldi AD. JAMA Netw Open. 2019 Jan 4;2(1):e186861. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.6861. PMID: 30646198. Free PMC article. Clinical Trial.)

Bottom Left Screenshot: Search query: ((Postpartum Depression) AND (newborn)) AND (affect). Results: 28. Filtered results include: "[Paternal postpartum depression: Why is it also important?]." (Pérez C F, Brahm M P. Rev Chil Pediatr. 2017;88(5):582-585. doi: 10.4067/S0370-41062017000500002. PMID: 29546641. Free article. Review, Spanish.) and "Physical Activity and the Occurrence of Postnatal Depression-A Systematic Review." (Kołomańska-Bogucka D, Mazur-Biały A. Medicina (Kaunas). 2019 Sep 25;55(9):960. doi: 10.3390/medicina55090960. PMID: 31480778. Free PMC article. Postpartum depression develops within one month of childbirth and may last up to one year.)

Bottom Right Screenshot: Search query: ((postpartum depression) AND (nurse)) AND (intervention). Results: 31. Filtered results include: "Management of postpartum depression." (Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. J Midwifery Womens Health. 2013 Nov; Dec;58(6):643-53. doi: 10.1111/jmwh.12104. Epub 2013 Oct 16. PMID: 24131708. Free PMC article. Review.) and "Postpartum depression, now termed peripartum depression by the DSM-V, is one of the most common complications in the postpartum period and has potentially significant negative consequences for mothers and their families... Among severe cases of peripa ..."

Imagen 1. Búsquedas en PubMed


 Buscando: **CINAHL with Full Text** | [Bases de datos](#)

AND

AND

[Búsqueda básica](#) | [Búsqueda avanzada](#) | [Historial de búsquedas](#)

Depurar los resultados
Relevancia ▾ Opciones de página ▾

Búsqueda actual ▾

Booleano/Frase:
 postpartum depression AND nursing AND prevention

Ampliadores
 Aplicar matices equivalentes

Limitadores
 Texto completo
 Fecha de publicación 2013/01/01-2023/12/31
 Idioma: English, Spanish

Resultados de la búsqueda: 1 a 10 de 53

1. Barriers and enablers to postpartum depression and anxiety screening: A qualitative study of Victorian maternal and child health nurses' practices.


(includes abstract) Anfaridi, Nooshin; Cooklin, Amanda; Sheehan, Isouran Health & Social Care in the Community, Nov2022; 30(10): e5434-e5444 11p. (Journal Article - nlabes/cherls) ISSN: 0968-0110
In Victoria, Australia, Maternal and Child Health nurses (MCHNs) play a key role in facilitating the timely identification of Postnatal Depression and Anxiety (PND/PA). Un MCHNs' screeni...

Materias: Depression, Postpartum Prevention and Control, Anxiety Prevention and Control, Health Screening, Health Services Accessibility, Maternal Health Servic Child Health Services Victoria, Maternal-Child Nursing, Nursing Practice, Nursing Role, Middle Aged: 45-64 years; Aged: 65+ years; Female

Referencias cruzadas: (50)
 Texto completo en HTML Texto completo en PDF

2. The Effect of Exclusive Breastfeeding Time on Mother-Infant Attachment and Postpartum Depression Level.


(includes abstract) Heyarzugul, Sevgi; Kurt, Fatma Yilmaz International Journal of Caring Sciences, May-Aug2023; 18(2): 577-584 13p. (Journal Article - research, tabler


 Buscando: **CINAHL with Full Text** | [Bases de datos](#)

AND

AND

[Búsqueda básica](#) | [Búsqueda avanzada](#) | [Historial de búsqueda](#)

Depurar los resultados
Relevancia ▾ Opciones de pági

Búsqueda actual ▾

Booleano/Frase:
 risk factors AND postpartu m depression AND review

Ampliadores
 Aplicar matices equivalentes

Limitadores
 Texto completo

Resultados de la búsqueda: 1 a 10 de 107

1. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review.


(includes abstract) Silva-Fernandez, Claudia Susana, de la Calle, María, Arribas, Silvia M., Garrosa, Eva, Ramiro-Cortijo, David Nursing Reports, Dec2023; 13(4): (Journal Article - pictorial, research, systematic review, labes/cherls) ISSN: 2039 439X
Postpartum depression (PPD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) continue to be prevalent, and disabling women with mental disorders and obstetric violk trigger for them, pa...

Materias: Depression, Postpartum, Stress Disorders, Post-Traumatic In Pregnancy, Obstetric Care, Violence, Childbirth, Postnatal Care, Risk Assessment, Fem

Texto completo en PDF

Imagen 2. Búsquedas en CINAHL

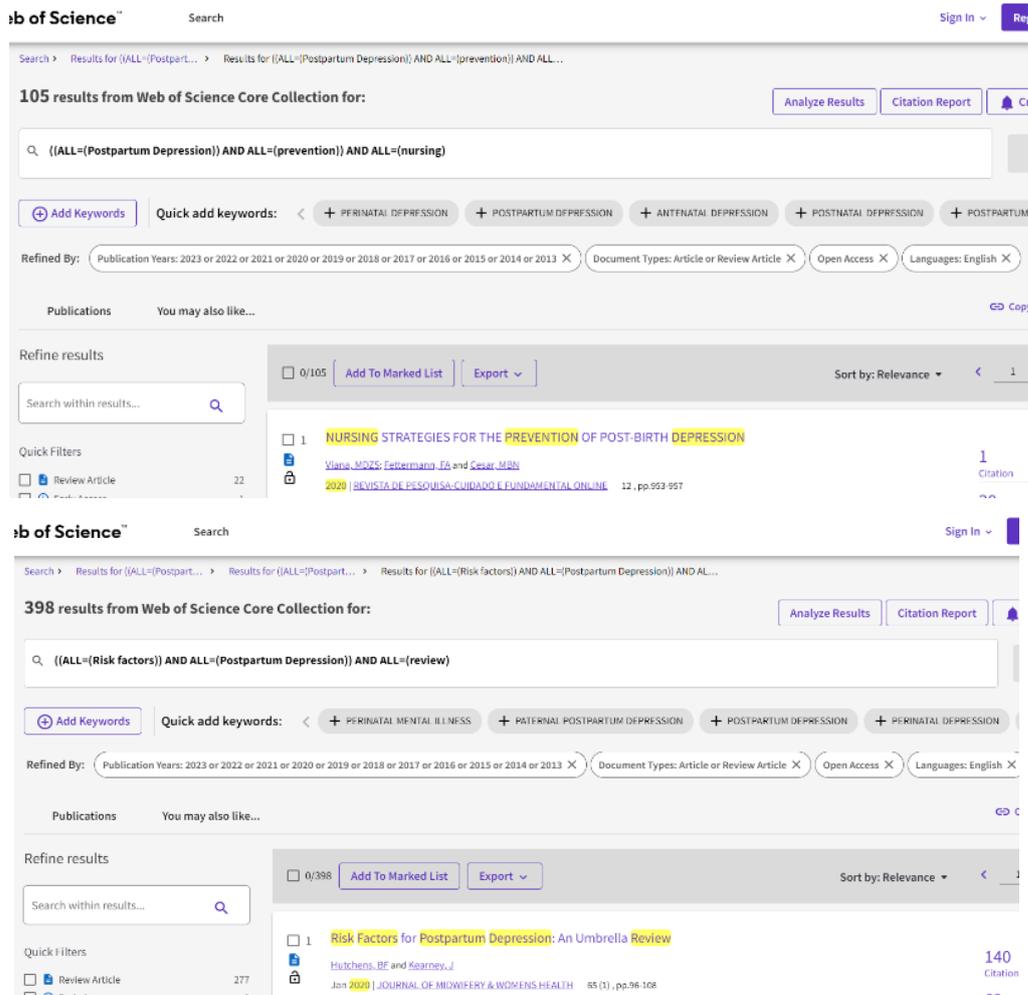


Imagen 3. Búsquedas en Web of Science

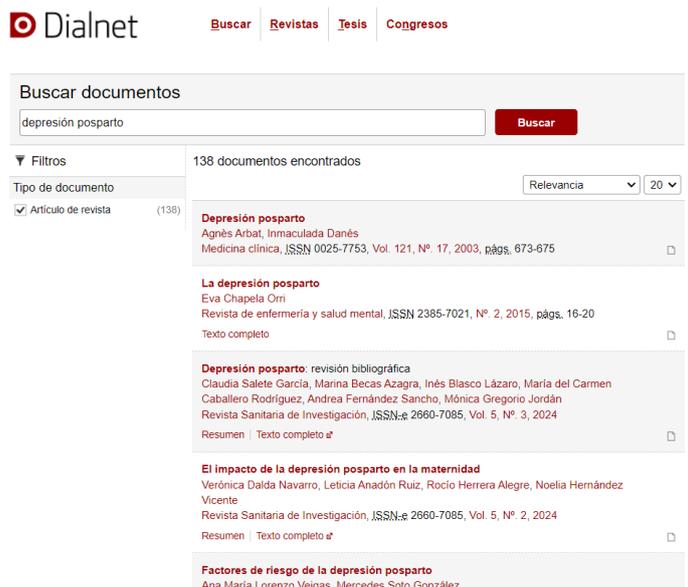


Imagen 4. Búsquedas en Dialnet