



**Universidad
Europea** VALENCIA

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**LA FALTA DE APOYO SOCIOFAMILIAR
COMO DESENCADENANTE DE LA
DEPRESIÓN POSPARTO: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

Presentado por: Dña. Iris Martí Gómez

Dirigido por: Dra. Laura Serralta García

La falta de apoyo sociofamiliar como desencadenante de la depresión posparto: revisión bibliográfica

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1. El puerperio	2
2.2. La depresión posparto	3
2.2.1. Factores de riesgo	3
2.2.2. Sintomatología	4
2.2.3. Diagnóstico e instrumentos para la detección precoz	4
2.2.4. Tratamiento	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	8
4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	9
5. OBJETIVOS.....	10
5.1. General.....	10
5.2. Específicos.	10
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
6.1. Pregunta de investigación	11
6.2. Pregunta PICO.....	11
6.3. Tipo de diseño	11
6.4. Población diana	11
6.4.1. Criterios de inclusión	11
6.4.2. Criterios de exclusión.....	12
6.5. Estrategia de búsqueda.....	12
6.5.1. Operadores booleanos y búsqueda avanzada	12
7. RESULTADOS	14
7.1. Diagrama de flujo	14
Figura 1: Diagrama de flujo.....	14
7.2. Tabla de resultados.....	14
7.3. Valoración SIGN	29

8. DISCUSIÓN.....	30
8.1. Interpretación de los resultados	30
8.2. Limitaciones del estudio	33
8.3. Sesgos.....	33
8.4. Futuras líneas de investigación	33
9. CONCLUSIONES.....	34
10. BIBLIOGRAFÍA.....	35
11. ANEXOS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Sintomatología de la DPP	4
Tabla 2: Preguntas PICO	11
Tabla 3: Tabla de resultados de búsqueda.	12
Tabla 4: Tabla de resultados.	28
Tabla 5: Tabla de valoración SIGN.	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo.....	14
---	----

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Diagrama de Gantt	37
---	----

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

- DPP: depresión postparto
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale
- MSPSS: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence
- SCID: Structural Clinical Interview

RESUMEN

Introducción. La depresión es un trastorno de salud mental común caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes. Las mujeres tienen un mayor riesgo de padecerla sobre todo en momentos de cambios hormonales como durante el embarazo, postparto o durante la menstruación. La depresión postparto es de causa desconocida, aunque existen diferentes factores de riesgo para ella. Por este motivo es importante investigar sobre todo esto.

Objetivo. Determinar si la carencia de apoyo sociofamiliar es un factor de riesgo para la depresión postparto analizando la relación entre ambos.

Material y métodos. Se trata de una revisión bibliográfica sobre la falta de apoyo sociofamiliar como gran desencadenante de la depresión postparto se llevó a cabo en las bases de datos de EBSCO host; MEDLINE Complete, CINAHL, Dialnet, Biblioteca Virtual de Salud, Enferteca, Medes, Scielo, Web of Science, Google Académico.

Resultados. Se seleccionaron 17 artículos para el análisis de resultados, siendo estos de gran relevancia científica, con un rango acotado de 15 años de antigüedad.

Conclusiones. La etiología de la depresión postparto es multifactorial y factores como el apoyo sociofamiliar, la edad y la etnia son determinantes de riesgo.

Palabras clave: Depresión postparto, apoyo sociofamiliar, Enfermería, Mujer, Embarazo y Puerperio.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a common mental health disorder characterized by persistent sadness and a lack of interest or pleasure in previously rewarding activities. Women are at greater risk of suffering from it, especially at times of hormonal changes such as during pregnancy, postpartum or during menstruation. Postpartum depression is of unknown cause, although there are different risk factors for it. For this reason it is important to investigate all this.

Aim: To determine if the lack of social and family support is a risk factor for postpartum depression by analyzing the relationship between the two.

Material and methods: This is a bibliographic review on the lack of socio-family support as a major trigger of postpartum depression that has been carried out in the EBSCO host databases; MEDLINE Complete, CINAHL, Dialnet, Virtual Health Library, Enferteca, Medes, Scielo, Web of Science, and Google Scholar.

Results: 17 articles were selected for the analysis of results, these being of great scientific relevance, with a limited range of 15 years old.

Conclusions: The etiology of postpartum depression is multifactorial and factors such as socio-family support, age and ethnicity are determinants of risk.

Keywords: Postpartum Depression, Social Support. Nursing, Woman, Pregnancy and Puerperium.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno de salud mental común. A nivel mundial, se estima que el 5% de los adultos padecen este trastorno. Más concretamente, en España en el 2020, se cifró que un 5,4% de la población padece algún cuadro depresivo. Sorprendentemente, las cifras son más bajas que en el 2014, aun habiendo sufrido en 2020 una pandemia (Estadística, 2021).

Este trastorno se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concorra con cansancio y falta de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad (OMS, s.f.).

Cabe destacar que las tasas de casos de depresión en mujeres duplican las de los hombres. Se estima que una de cada cinco mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida en cualquiera de sus etapas vitales. Sin embargo, suelen ser más susceptibles en algunos periodos como durante el síndrome premenstrual o disfórico, en la menopausia, durante la gestación o en el posparto (Gonzalez-Gonzalez, Casado Mendez, Molero Segrera, Santos Fonseca, & Lopez Sanchez, 2019).

Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo alteración psicológica durante las etapas de embarazo y puerperio, desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas. Dependiendo de los síntomas y de la duración podemos distinguir principalmente tres trastornos depresivos: tristeza posparto, depresión y psicosis posparto (Medina-Serdan, 2013).

De los anteriormente mencionados en este trabajo nos centraremos en la depresión posparto.

La causa de la depresión posparto sigue siendo desconocida, la mayoría de las investigaciones sugieren una etiología multifactorial. En concreto, una serie de variables psicológicas, biológicas y socioculturales, al parecer interactúan produciendo una vulnerabilidad a la depresión posparto. Aunque investigadores y profesionales sanitarios han especulado que la depresión posparto pudiera estar vinculada a cambios hormonales que acompañan al embarazo y parto, hasta la fecha no se ha asociado ninguna hormona en particular de forma persistente con la depresión posparto, ni identificado diferencias en las hormonas entre mujeres con y sin depresión posparto (Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El puerperio

El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno (Peralta).

Clínicamente, el puerperio puede dividirse en tres períodos sucesivos:

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

Durante esta etapa se producen muchos cambios físicos, hormonales y psicológicos. Los estudios sobre la salud mental en el puerperio han llamado la atención de los psiquiatras y psicólogos por la vulnerabilidad durante este periodo y los riesgos asociados desde el punto de vista psíquico. Entre los trastornos psiquiátricos identificados en el puerperio se distingue el baby blues o tristeza posparto, psicosis puerperal y depresión posparto (Gonzalez-Gonzalez, Casado Mendez, Molero Segrera, Santos Fonseca, & Lopez Sanchez, 2019).

A continuación, podemos apreciar los aspectos más importantes de cada una de ellas y a su vez una comparación entre ellas.

Ilustración 1: Trastornos el estado de ánimo del posparto.

	Tristeza posparto	Depresión posparto	Psicosis posparto
Causas	Producida por cambios hormonales, psicológicos y sociales	Factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales	Factores de riesgo (especialmente haber padecido trastornos afectivos, esquizofrenia o PPP previa)
Prevalencia	50-80% de las mujeres que dan a luz	13.86-32.6% en México	1-2 mujeres por cada 1,000 partos (0.1-0.2%)
Aparición	Entre los 2-4 días posteriores al parto. Desaparecer por sí sola después de 2-3 semanas	Puede aparecer inmediatamente después del alumbramiento, así como días, meses y hasta un año después	Comienza entre el 3-9 día, pero puede iniciar incluso hasta el sexto mes
Intervención	Informar a la mujer, pareja y familia; acompañamiento y apoyo familiar	Terapia (individual y/o grupal); medicación (generalmente antidepresivos y benzodiazepinas)	Tratamiento farmacológico (usualmente antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas); hospitalización (en la mayoría de los casos) y terapia psicosocial

Fuente: (Medina-Serdan, 2013).

La tristeza posparto es un síndrome leve, transitorio, que se presenta aproximadamente en un 20-80% de las madres. Ocurre alrededor de los 2-4 días después del parto y desaparece sin secuelas, de forma espontánea, en un plazo de dos semanas. Algunos estudios refieren que dicho trastorno no afecta considerablemente a la vida cotidiana de la mujer pero que se debe

vigilar el transcurso de este para prevenir que derive en un trastorno mayor como la depresión (Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio).

2.2. La depresión postparto

La depresión posparto es el trastorno de salud mental más común entre las puérperas, presentando un 15 % de incidencia a nivel mundial. Dada la alta incidencia de esta, este trastorno es considerado un problema de salud pública.

La depresión posparto (DPP) se diferencia de cualquier otro cuadro depresivo, porque aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna (Castellon, 2012).

El trascurso de esta puede darse en forma de episodio maníaco que luego evoluciona a depresivo, aunque la forma de inicio más característica es la de una depresión melancólica, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad total de hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia en relación con el afecto por éste (Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio).

2.2.1. Factores de riesgo

Las causas de los trastornos del ánimo durante el puerperio son desconocidas, pero existen diferentes teorías que nos muestran distintos factores predisponentes para padecerla.

- **Teorías bioquímicas:** en los aspectos hormonales, durante el embarazo los niveles de las hormonas sexuales se ven incrementados. Por lo que, cuando se expulsa la placenta se produce descenso rápido de estas y este hecho podría ser el causante de los trastornos.
- **Antecedentes psiquiátricos previos:** el 50% de las mujeres que sufren algún trastorno depresivo en el puerperio no han sufrido alguno previamente. Sin embargo, estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia un 10%-24% (Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio).
- **Factores psicológicos:** El embarazo y el parto precisan la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no solo en su cuerpo y en su mente sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales. El modelo de *madre ideal*, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo provoca enfrentamientos intrapsíquicos en la mujer.
- **Factores psicosociales:** la percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos ya sea en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, ya sea por parte de familiares o de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos

(Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio).

- **Factores sociodemográficos:** al analizar las variables sociodemográficas existe una asociación positiva entre depresión en el embarazo, ausencia de pareja, bajos ingresos, edades extremas de la madre y una inadecuada red de apoyo sociofamiliar (Olhaberry Huber, Romero Jimenez, & Miranda Largo, 2015).

2.2.2.Sintomatología

La depresión perinatal ha sido incluida recientemente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V-TR), donde la clasificación es la siguiente: F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x).

En dicho Manual podemos encontrar estipulados diferentes síntomas característicos de dicho trastorno.

Tabla 1: Sintomatología de la DPP

Sintomatología
<ul style="list-style-type: none">• Pereza o fatiga.• Estado de ánimo deprimido.• Llanto persistente.• Dificultad para disfrutar de actividades.• Alteración del sueño y del apetito.• Irritabilidad.• Baja autoestima.• Sentimiento de culpa.• Sobreprotección del menor: pensamientos obsesivos y conductas compulsivas con el hijo y su cuidado.• Auto desvalorización y autorreproches, generalmente relacionados con el rol de madre.• Problemas de atención, concentración y memoria.• Sentirse incapaz.

Fuente: elaboración propia.

2.2.3.Diagnóstico e instrumentos para la detección precoz

Se debe dar seguimiento estrecho a la paciente durante el embarazo y de 6 a 12 semanas postparto, todas las mujeres deben ser evaluadas física y mentalmente, esto debe ser parte de la atención normal mujer. Según la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salud mental prenatal y postnatal recomiendan que todas las mujeres durante el embarazo y el período posparto deben ser evaluadas para los síntomas severos del humor esta evaluación se debería hacer en cada consulta que esta paciente tenga con todos los profesionales de la salud (Ampudia, 2020).

Realizar un correcto diagnóstico de los trastornos del ánimo es de vital importancia, ya que la frecuencia del trastorno varía también dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados, aumentando al utilizar instrumentos de auto reporte y disminuyendo al aplicar criterios clínicos rigurosos. Estudios realizados en Suecia y EE.UU. describen tasas de sintomatología depresivas en el período posparto de 2% y 6,3%, respectivamente, sin embargo, al utilizar un instrumento de tamizaje como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS), estas tasas aumentan a un 35,4% utilizando un punto de corte 9/10 (Olhaberry Huber, Romero Jimenez, & Miranda Largo, 2015).

Entre los métodos y herramientas para un adecuado diagnóstico se encuentra la Entrevista Clínica Estructurada (SCID I por sus siglas en inglés: *Structural Clinical Interview*). Es una entrevista semiestructurada para establecer los diagnósticos más importantes del Eje I del DSM-IV, y se utiliza el módulo del estado de ánimo (Ampudia, 2020).

Es de vital importancia realizar una historia clínica completa, esta debe contener el examen del estado mental y el examen físico. Se debe especificar si existe antecedentes de depresiones previas, abuso de sustancias, determinar la duración y gravedad del episodio depresivo, se debe indicar si existe coexistencia de otras condiciones médicas, antecedentes psiquiátricos familiares. En el examen físico se ve evaluar si existe deterioro funcional y determinar los acontecimientos de vida y factores de estrés (Ampudia, 2020).

Además, existen diversos instrumentos para detectar la DPP, como el Cuestionario de Depresión de Beck II, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente.

El Cuestionario de Depresión de Beck II cuenta con 21 preguntas de respuesta múltiple a través de las cuales se evalúan diferentes aspectos y dependiendo de los resultados se obtiene un nivel u otro de depresión. Por otro lado, la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos es un instrumento de tamizaje para la detección de casos de depresión con base en su sintomatología durante la última semana. Por último, el cuestionario sobre la salud del paciente es un instrumento ampliamente utilizado en la población general para evaluar la severidad de la depresión en atención primaria.

Pero, el cuestionario más utilizado para evaluar la depresión posparto es la Escala de Edimburgo debido a la fácil accesibilidad, rapidez y poca complejidad. Dicha escala consiste en un cuestionario de autor reporte de 10 preguntas de múltiple opción de respuesta. Los pasos a seguir para realizarlo de una forma correcta son los siguientes:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.

5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto. La clínica de pediatría, la cita de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Una vez obtenidas las respuestas a las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso. Se suman todos los puntos para obtener la puntuación final. Una puntuación de 10+ muestra la posibilidad de una depresión, pero no se muestra la gravedad de esta. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987).

Aunque este cuestionario es muy útil para el diagnóstico de la depresión posparto, es necesario asistir un juicio clínico, por lo que se le han de realizar evaluaciones adicionales antes de establecer un diagnóstico definitivo.

2.2.4. Tratamiento

En el tratamiento de la depresión posparto existe gran controversia. Diversos estudios han analizado comparativamente la efectividad de diferentes intervenciones terapéuticas para abordar la DPP y concluyen que la terapia farmacológica muestra mayor efectividad que intervenciones no farmacológicas para reducir la sintomatología depresiva en puérperas. Sin embargo, el miedo a los efectos adversos en el bebé juega un rol importante en la decisión materna de aceptar y seguir el tratamiento. Si bien el uso de medicamentos antidepresivos es la mejor opción para revertir la condición clínica, hay antecedentes que demuestran que intervenciones psicosociales y psicológicas también son una alternativa sobre todo si se inician precozmente (Castellon, 2012).

El tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica: 1) terapia (individual o de grupo) y/o 2) medicación. En aquellos casos en que se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas.

La psicoterapia, ya sea interpersonal o con un enfoque cognitivo-conductual debe basarse en los siguientes aspectos (Medina-Serdan, 2013):

- a) Educación e información a la mujer, la pareja y los familiares sobre la DPP.
- b) Control, disminución y extinción de los síntomas.
- c) El nuevo rol como madre, las dificultades, miedos o angustias que esto puede generar
- d) Uso de estrategias para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo.
- e) Promover un buen funcionamiento familiar, especialmente cuando existan otros hijos.
- f) Disminución de las situaciones estresantes actuales.
- g) Búsqueda y fortalecimiento de redes de apoyo.

La falta de apoyo sociofamiliar como desencadenante de la depresión posparto: revisión bibliográfica

Es de vital importancia analizar cada caso y adaptar el tratamiento a cada uno de ellos teniendo en cuenta la sintomatología que presenta la presente y los recursos disponibles para un buen pronóstico del trastorno.

3. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo ha sido realizado como resultado de una búsqueda de información sobre los trastornos del puerperio a través de la cual he podido observar la falta de información e investigación que existe. Además, he podido vivir de cerca la desinformación que sienten las mujeres que se encuentran en esta situación, por lo que he considerado que es necesario realizar una revisión bibliográfica sobre este tema.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO

H1. La falta de apoyo sociofamiliar es un desencadenante de la depresión posparto.

5. OBJETIVOS

5.1. General

O1. Determinar si la carencia de apoyo socio familiar es un factor de riesgo para la depresión posparto analizando la relación entre ambos.

5.2. Específicos.

- **O2.** Establecer los diferentes factores de riesgo para la depresión posparto.
- **O3.** Conocer la sintomatología característica de la depresión posparto.
- **O4.** Decretar las diferentes escalas disponibles para el diagnóstico de la DPP y la valoración del apoyo social.
- **O5.** Determinar cuál es el papel de enfermería en el diagnóstico y tratamiento de la DPP.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Pregunta de investigación

¿La falta de apoyo sociofamiliar es un desencadenante de la depresión posparto?

6.2. Pregunta PICO

Tabla 2: Preguntas PICO

P (Paciente)	Mujeres con bajo apoyo sociofamiliar que han sufrido depresión posparto.
I (Intervención)	¿Existe relación entre el apoyo socio familiar y la depresión posparto?
C (Comparación)	No hay relación entre el apoyo sociofamiliar y la depresión posparto
O (Outcomes)	La falta de apoyo sociofamiliar es un gran desencadenante de la depresión posparto

Fuente: elaboración propia.

6.3. Tipo de diseño

Nos encontramos ante una revisión bibliográfica sobre la falta de apoyo sociofamiliar como gran desencadenante de la depresión posparto que se ha llevado a cabo en las bases de datos de EBSCO host y Google; Biblioteca virtual en salud, CINAHL with Full Text, Dialnet, Google Académico, MEDES, MEDLINE Complete, Rehabilitation and Sports Medicine Source, SPORTDISCUS with Full Text, PubMed y Scielo.

En esta revisión bibliográfica se han incluido datos de instituciones públicas como son INE y OMS y, se han seleccionado artículos tanto en inglés, como en español y portugués, con un rango de búsqueda de los últimos 15 años partiendo desde 2008 hasta la actualidad (2023).

El cronograma para la recogida de estudios se ha realizado desde el periodo que comprende noviembre de 2022 hasta mayo de 2023. En la estrategia de búsqueda se han incluido palabras clave tanto en español como en inglés, siendo estas: depresión, posparto, embarazo, puerperio, depresión posparto, salud mental, trastorno, enfermería, apoyo sociofamiliar, depression, postpartum, pregnancy, postpartum depression, mental health, disorder, nursing y social support.

6.4. Población diana

Mujeres en estado puerperal que han sufrido depresión posparto.

6.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres con sintomatología depresiva tras el parto.
- Mujeres con poco apoyo sociofamiliar.
- Sin ningún criterio geográfico.
- Cualquier rango de edad.
- Artículos publicados en los últimos 15 años 2008 – 2023.

- Idiomas: inglés, español y portugués.
- Bases de datos de alta importancia.

6.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres nulíparas.
- Mujeres con gran apoyo sociofamiliar.
- Artículos publicados hace más de 15 años.
- Artículos de ninguna base de datos de alta importancia.

6.5. Estrategia de búsqueda

6.5.1. Operadores booleanos y búsqueda avanzada

En esta revisión sistematizada se han utilizado los operadores booleanos AND o OR para buscar artículos por título, resumen o palabras clave cuyos términos de búsqueda más utilizados fueron “depression” y “postpartum” o “depresión” y “posparto” y cuyo criterio de búsqueda ha sido desde el 2008 hasta el 2023.

Tabla 3: Tabla de resultados de búsqueda.

Concepto	Base de datos	Resultados pre-criterios	Resultados prefiltros	Resultado final
(Tw:(depresión posparto) AND (tw:(apoyo socio familiar)) AND (year cluster:(2008-2023))	Biblioteca Virtual en Salud	3289	1386	1
“Depression postpartum“ AND “Social Support” AND “Nursing” AND “2008-2023”	CINAHL	2107	853	3
“Depresión posparto” AND “Apoyo” AND “2008-2023”	Dialnet	141	29	0
“Depresión posparto” AND “2008-2023”	Enferteca	1984	420	0
“Depresión posparto” AND “Apoyo sociofamiliar” AND “2008-2023”	Medes	32	24	0
“Depresión posparto” AND “Enfermería” AND “Apoyo” AND “2008-2023”	Scielo	105	78	3
“Postpartum depression” AND “Social support” AND “Nursing” AND “2008-2023”	Pubmed	5670	164	6
“Depresión posparto” AND “Apoyo sociofamiliar” AND “2008-2023”	Google Académico	15800	319	2

La falta de apoyo sociofamiliar como desencadenante de la depresión posparto: revisión bibliográfica

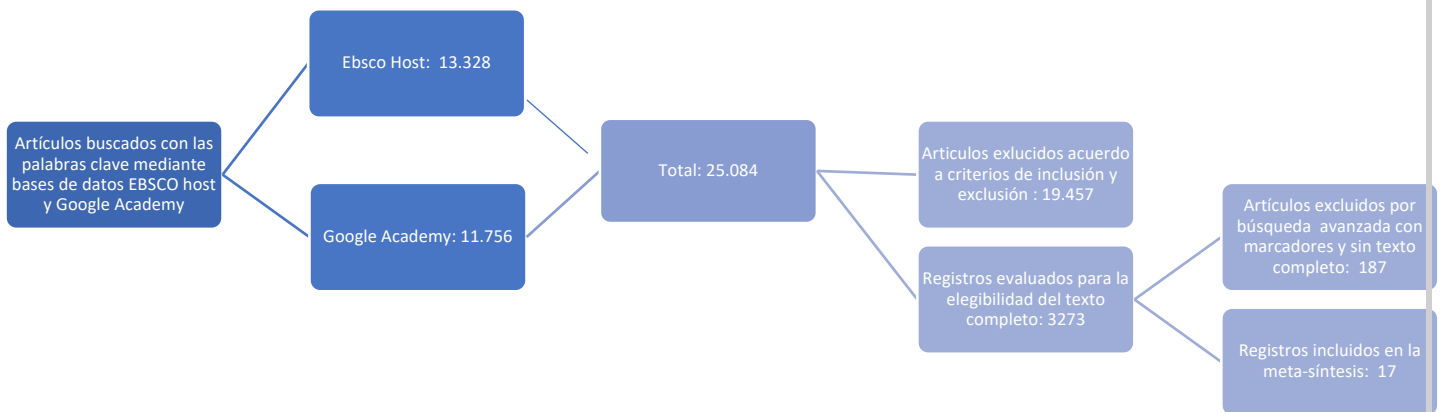
“Enfermería” AND “2008-2023”				
-------------------------------------	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia.

7. RESULTADOS

7.1. Diagrama de flujo

Figura 1: Diagrama de flujo.



Fuente: elaboración propia.

7.2. Tabla de resultados

Título	Autor	Año	Tipo de Estudio	N (Tamaño muestral)	Resultados	Conclusión
Postpartum depression and social support in racially and ethnically diverse population of women	(Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021)	2018	Observacional descriptivo	1517	<ul style="list-style-type: none"> - Comparación de mujeres negras y latinas con mujeres blancas. - Existe una correlación negativa entre la DPP y el apoyo social percibido. - Las mujeres que sufren DPP tienen más probabilidades de tener un menor apoyo social. - Las mujeres blancas se benefician más del apoyo social. - La diferencia en el apoyo social entre las diferentes etnias no parece explicar la mayor prevalencia de DPP que presentan las mujeres latinas o negras. - Se sospecha que el causante de esto sea la 	El apoyo sociofamiliar actúa como factor protector para la DPP.

					inmigración y la discriminación.	
<p>The Prevalence of Postpartum Depression and the Correlation of Perceived Social Support and Quality of Life with Postpartum Depression: A Longitudinal Study</p>	<p>(Yörük, Açikgöz, Turkmen, & Tunay, 2020)</p>	<p>2020</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>317</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se recopilaron datos en la etapa prenatal y a las 2,4 y 6 semanas posparto. - Se utilizaron 4 escalas, la EPDS, la escala de depresión de Beck, la escala de calidad de vida y la escala multidimensional de apoyo social percibido. - La mayoría de las mujeres que la 4º semana posparto presentaron una puntuación de riesgo para DPP en la escala EPDS, en la semana 6 ya no la presentaron. - Observaron una correlación significativa entre la puntuación de la EPDS y la percepción de estrés en la 4º semana posparto. - En la 6º semana se observó que las mujeres con bajo 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe un bajo riesgo de DPP si existe un alto apoyo sociofamiliar. - Si existe DPP la calidad de vida y el apoyo social se ven afectados y disminuidos. - Sería de gran ayuda, desde las instituciones de salud, establecer planes de prevención e información sobre la DPP a las mujeres gestantes y brindar apoyo social a las mujeres que lo sufren.

					<p>nivel de estudios, problemas de salud durante el parto, embarazo o puerperio y bajos niveles de competencia parenteral tenían riesgos de DPP más elevados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La calidad de vida de las mujeres es muy importante a la hora de sufrir DPP, ya que en las mujeres con riesgo de DPP se observó una peor calidad de vida. 	
<p>More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression</p>	<p>(Seymour-Smith, Cruwys, & Haslam, 2021)</p>	<p>2021</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>806</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 806 mujeres australianas con un embarazo hace máximo 12 meses y un hijo menor de 1 año. - 2 tomas de datos: una prenatal y una postparto. - Tres hipótesis distintas. - La H1 resultó verdadera demostrando que el apoyo social y la salud mental son 	<p>Los cambios en el apoyo social de las mujeres durante el embarazo y el puerperio están relacionados con la salud mental en el periodo posparto.</p>

					<p>menores en el tiempo postparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La H2 resultó verdadera demostrando que el apoyo social posparto es un predictor más importante de salud mental que el apoyo prenatal. - La H3 se cumple ya que se ha demostrado que el apoyo social prenatal solo funciona como factor protector si existe una continuidad de este tras el parto, sino no tiene ningún beneficio para la DPP. 	
<p>The Effect of Social Support on Pregnancy and Postpartum Depression</p>	<p>(Hancioglu & Yazici, 2020)</p>	<p>2020</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>190</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres de 15-19 años tienen menor apoyo social y por tanto más incidencia de DPP. - Cuanto más alto es el nivel educativo más apoyo social tiene la mujer y, por tanto, 	<p>La prevalencia de depresión posparto es menor en mujeres que tienen un alto apoyo sociofamiliar.</p>

					<p>disminuye la incidencia de DPP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mujeres con familia nuclear tienen más apoyo social. - Una buena educación perinatal aumenta el apoyo social y disminuye la DPP. 	
<p>Salud integral materna en el cuarto trimestre: seguimiento postparto en el hogar y optimización de recursos disponibles en la comunidad</p>	(Andrade)	2022	Revisión bibliográfica	-	<ul style="list-style-type: none"> - Las visitas al hogar en el periodo postparto facilitan a la mujer el contacto con personal sanitario que pueda resolver sus dudas y/o preocupaciones. - Ayuda a aprender funciones parentales y a fomentar el vínculo del bebé con sus padres. - Por parte de los sanitarios ayuda a diagnosticar si existe alguna patología posparto tanto física como psicológica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe mejor salud posparto en mujeres con estabilidad económica y menor riesgo psico-social. - Existe una priorización de la salud física y se resta importancia a los determinantes sociales de la salud. - Hay una falta de seguimiento de las mujeres en el postparto, siendo esto de vital importancia en aquellas que se encuentran en situación de riesgo psicosocial. - Se recomienda establecer programas universales de

						<p>seguimiento postparto para todas las mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindar apoyo psico-social desde edades tempranas de gestación ofrece grandes beneficios para la mujer.
<p>Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto</p>	<p>(Marmi Camps, 2017)</p>	<p>2016</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>-</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Es necesario un enfoque multidisciplinar y un abordaje integral. - Las matronas suponen un papel imprescindible para la prevención, detección y tratamiento de la DPP. - Para prevenirla las matronas deben conocer los factores de riesgo asociados a esta, los síntomas, tratamientos y posibles complicaciones. - Deben aplicar diferentes instrumentos como la EPDS para el cribado y detección precoz de esta.

						<ul style="list-style-type: none"> - Las intervenciones psicosociales son cada vez más recomendadas y eficaces como tratamiento y prevención de la DPP.
Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura	(Tamires Alexandre, y otros, 2013)	2013	Revisión bibliográfica	-		La DPP no está relacionada con una mala actuación de la puerpera sino con alteraciones psicológicas
Intervenciones multidisciplinares en la depresión postparto	(Bernal Perez, y otros, 2012)	2012	Revisión sistematizada	-	<ul style="list-style-type: none"> - Se deben aplicar estrategias de prevención y la sensibilización sobre la detección temprana de la DPP a través de escalas y test utilizados por profesionales. - La etiología de este fenómeno sigue siendo desconocida y hay poca evidencia que lo apoye. Se ha sugerido una etiología multifactorial. - La falta de apoyo social aumenta el riesgo de 	<ul style="list-style-type: none"> - Es necesario un enfoque multidisciplinario en la DPP. - La escala de Edimburgo resultado efectiva para identificar los síntomas de depresión. - Las enfermeras tienen un gran papel a la hora de estimular actividades que alivien los síntomas y formar a las madres sobre educación prenatal y postparto.

					<p>depresión posparto y las relaciones interpersonales han sido validadas como un tratamiento efectivo para la depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las intervenciones psicosociales y psicológicas requieren profesionales capacitados y esto tiene un impacto significativo en los costos prácticos y económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de crear una red familiar y sociosanitaria para brindar apoyo a las mujeres de alto riesgo social. - Fomentar a colaboración del conyugue (Bernal Perez, y otros, 2012) en los cuidados del bebé.
<p>Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo</p>	<p>(Urdaneta M, y otros, 2010)</p>	<p>2010</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>100</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se utilizaron dos grupos de estudio, mujeres primigestas y mujeres multíparas. - El estudio se realizó a las 5 semanas posparto. - Tras el estudio a través de la EPDS y la escala DSM-IV, se concluyó que no existe asociación estadísticamente significativa entre paridad y depresión postparto. 	<ul style="list-style-type: none"> - La EPDS es un instrumento altamente sensible para el diagnóstico de la DPP, pero requiere de la confirmación de diagnóstico con otros instrumentos como la encuesta de la DSM-IV. - No se han demostrado diferencias significativas entre los grupos estudiados.

						<ul style="list-style-type: none"> - Se ha observado mayor ideación suicida en mujeres multíparas. - Se recomienda incluir estos instrumentos en las consultas que se realizan a las mujeres durante el puerperio.
<p>Evidencia de la escala de Edimburgo ante la depresión postparto</p>	<p>(Bueno Montero, 2014)</p>	<p>2014</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	-	<ul style="list-style-type: none"> - La EPDS posee una sensibilidad del 100% y una especificidad del 82%, siendo esta creada para el diagnóstico de DPP en los servicios de atención primaria. - Aunque los resultados de la escala EPDS sean positivos, no se le debe dar más importancia que al juicio clínico. - Cuando una mujer ha dado resultado de riesgo en la EPDS se ha comprobado con la encuesta de depresión de la DSM-IV y se ha confirmado el diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> - La EPDS ha mostrado ser un buen método de detección precoz de la DPP. - Es de vital importancia la realización de una buena anamnesis por parte de los profesionales de salud para garantizar el diagnóstico y el tratamiento de todas las mujeres que lo necesiten, sin ninguna excepción. - Los sanitarios deben aportar a la familia la atención, educación y apoyo que requieren para conseguir una vivencia correcta de esta etapa

<p>Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria de Arica - Chile</p>	<p>(Bustos Rementeria & Jimenez Ponce, 2013)</p>	<p>2013</p>	<p>Observacional ex post facto</p>	<p>112</p>		
<p>Factores asociados a depresión posparto</p>	<p>(Gonzalez-Gonzalez, Casado Mendez, Molero Segrera, Santos Fonseca, & Lopez Sanchez, 2019)</p>	<p>2019</p>	<p>Observacional descriptivo</p>	<p>139</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una de cada 5 mujeres de ingresos medios y bajos sufren depresión postparto por lo que es considerada un problema de salud pública. - Aunque los síntomas suelen aparecer después del parto hay mujeres que ya los presentan desde el embarazo. - Dependiendo del punto de corte que se utilice en la escala Edimburgo la incidencia de la enfermedad es una u otra. 	<p>La depresión postparto es un problema de salud pública que cada vez preocupa más a las autoridades sanitarias debido a la morbilidad oculta e ideación suicida que esta presenta.</p>

					<ul style="list-style-type: none">- Tener menos de 20 años resultó un factor predisponente a sufrir DPP.- Antecedentes de depresión anterior es un factor predisponente de gran magnitud.- El embarazo no planificado y la falta de apoyo del conyugue son factores asociados a la DPP.- La etiología de la DPP es multifactorial ya que existen otros factores asociados, aunque con una magnitud más débil.- Algunas puérperas con DPP presentan intencionalidad suicida.- El diagnóstico a veces es confuso ya que se confunde con el periodo de adaptación.	
--	--	--	--	--	--	--

<p>Actualizaciones en depresión posparto</p>	<p>(Castellon, 2012)</p>	<p>2012</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los factores de riesgo más asociados a la DPP son antecedentes de baja autoestima, depresión previa, relaciones maritales dificultosas, redes de apoyo insuficientes, etc. - La sintomatología puede confundirse con la adaptación a la nueva vida. - La Escala de Edimburgo es el mejor instrumento de tamizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las intervenciones educativas permiten reconocer características tanto del bebé como de la puerpera. - El personal sanitario debe de estar disponible para resolver las posibles inquietudes de los padres.
<p>Trastornos del estado de ánimo en el postparto</p>	<p>(Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio)</p>		<p>Revisión bibliográfica</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Existen distintas teorías para la etiología de la DPP. - Teoría bioquímica: la DPP es causada por cambios hormonales. - Teoría psicosocial: la DPP es causada por la falta de apoyo sociofamiliar. - Teoría de trastornos previos: existe mayor riesgo de DPP si se han padecido 	<ul style="list-style-type: none"> - La etiología de la DPP es multifactorial ya que no existe evidencia científica de un causante en concreto.

					<p>trastornos psiquiátricos previamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoría de factores sociodemográficos: factores como la edad, el estado civil de la mujer son determinantes para el riesgo de DPP. 	
<p>Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas</p>	<p>(Olhaberry Huber, Romero Jimenez, & Miranda Largo, 2015)</p>	<p>2015</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Existen distintos factores de riesgo como la falta de pareja, bajos ingresos y edad extrema de la madre. - Intervenir en el vínculo entre la madre y el bebé produce mejoras en el ánimo de la madre. - Pero el tratamiento para la depresión no mejora el vínculo de la madre y el bebé. 	<p>Se ha de hacer un abordaje complejo y amplio de la DPP y se deben incluir los diferentes factores que producen participan en su aparición, mantención y tratamiento.</p>
<p>Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto</p>	<p>(Medina-Serdan, 2013)</p>	<p>2013</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>		<ul style="list-style-type: none"> - La tristeza postparto aparece entre los 2-4 días del postparto y desaparece 	<p>Los trastornos de ánimo durante el postparto son considerados un problema de salud pública.</p>

					<p>de manera espontánea a las 2 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none">- La DPP tiene una duración más larga y precisa de tratamiento ya que la sintomatología es más grave.- La psicosis postparto ocurre cuando la DPP no es tratada y cursa con ideas suicidas.	
--	--	--	--	--	---	--

Tabla 4: Tabla de resultados.

Fuente: elaboración propia.

7.3. Valoración SIGN

Tabla 5: Tabla de valoración SIGN.

Título/Año	Puntuación SIGN
Postpartum depression and social support in racially and ethnically diverse population of women (2018).	3
The Prevalence of Postpartum Depression and the Correlation of Perceived Social Support and Quality of Life with Postpartum Depression: A Longitudinal Study (2020).	3
More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression (2021).	3
The Effect of Social Support on Pregnancy and Postpartum Depression (2020.)	3
Salud integral materna en el cuarto trimestre: seguimiento posparto en el hogar y optimización de recursos disponibles en la comunidad (2022).	1-
Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto (2016).	1+
Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura (2013).	1-
Intervenciones multidisciplinares en la depresión posparto (2012).	1-
Prevalencia de depresión posparto en primigestas y múltiparas valoradas por la escala de Edimburgo (2010).	3
Evidencia de la escala de Edimburgo ante la depresión posparto (2014).	1-
Factores de riesgo asociados a la depresión posparto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria de Arica – Chile (2013).	1+
Factores asociados a depresión posparto (2019).	1+
Actualizaciones en depresión posparto (2012).	1-
Trastornos del estado de ánimo en el posparto.	1-
Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas (2015).	1-
Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto (2013).	1-

Fuente: elaboración propia.

8. DISCUSIÓN

8.1. Interpretación de los resultados

Para la realización de la presente revisión bibliográfica se han utilizado 17 diferentes artículos de diferentes bases de datos según los objetivos planteados y que intentan dar respuestas a la pregunta de investigación.

El nivel de evidencia científica analizada con la escala SING ha sido dispar, especialmente porque se han encontrado revisiones de distinta calidad metodológica y, por otro lado, por la escasez de documentos de alto nivel de evidencia en este contexto.

La depresión posparto es el trastorno de salud mental más común entre las púerperas, presentando un 15 % de incidencia a nivel mundial. Dada la alta incidencia de esta, este trastorno es considerado un problema de salud pública (Castellon, 2012). Los resultados del estudio realizado por Seymour-Smith muestran que las mujeres reportaron una disminución marginal en el apoyo social durante el embarazo y el puerperio, de modo que las mujeres tendieron a experimentar una disminución significativa en su salud mental durante el embarazo y el período posparto (Seymour-Smith, Cruwys, & Haslam, 2021). Por esta razón, encontramos que los niveles más altos de apoyo social, independientemente del tipo, tienen una fuerte asociación protectora contra la depresión posparto (Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021).

La DPP se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que se concierne a cuidados del recién nacido. Son frecuentes también, los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando al hijo lo suficiente produciendo con frecuencia síntomas de ansiedad. (Bustos Rementeria & Jimenez Ponce, 2013)

La DPP genera en la mujer un elevado índice de pensamientos negativos, sentimientos de ambivalencia hacia el recién nacido, su pareja y familiares. Además, su visión del futuro es desesperanzada y perciben el futuro de forma compleja (Bustos Rementeria & Jimenez Ponce, 2013).

La etiología de la DPP sigue siendo desconocida y hay poca evidencia que lo apoye, por lo que se ha sugerido una etiología multifactorial y por ello es necesario un enfoque multidisciplinario (Bernal Perez, y otros, 2012).

Aunque la etiología sea desconocida, se han determinado diferentes factores de riesgo para dicho trastorno.

En primer lugar, en los aspectos hormonales, durante el embarazo los niveles de las hormonas sexuales se ven incrementados. Por lo que, cuando se expulsa la placenta se produce descenso rápido de estas y este hecho podría ser el causante de los trastornos (Carro. Garcia, Sierra Manzano, Hernandez Gomez, Ladron Moreno, & Antolin Barrio).

En cuanto a los factores psicosociales, la falta de apoyo social aumenta el riesgo de DPP (Bernal Perez, y otros, 2012). El apoyo social que se brinda a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio incide positivamente en el proceso de adaptación al rol de la maternidad,

umenta su sensibilidad hacia su bebé y facilita la relación con sus familiares. El apoyo social puede ser recibido de personas del entorno, principalmente del conyugue (Hancioglu & Yazici, 2020).

En relación con este factor existen diferentes situaciones que alteran el grado de apoyo social que percibe una mujer. En países como EE. UU. las mujeres de etnia negra o latina perciben menor apoyo social que las mujeres de raza blanca, y por ello, tienen mayor prevalencia de sufrir depresión postparto. Se sospecha que los principales causantes de ello sean la inmigración y la discriminación que sufren las mujeres de dichas etnias (Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021). Además, las mujeres de entre 15 y 19 años también reciben menor apoyo social. Por lo que respecta al nivel educativo de la mujer también es relevante a la hora de determinar el apoyo social que percibe esta, ya que cuanto mayor es este, mayor apoyo social percibe y, por tanto, menor incidencia de DPP presenta. Por otro lado, el tipo de familia (nuclear o amplia) también se destaca, ya que las mujeres con una familia nuclear, es decir más reducida, presentan mayor apoyo social (Hancioglu & Yazici, 2020).

Por otra parte, presentar antecedentes de depresión anterior es un factor predisponente de gran magnitud. Autores como Dois Castellón A, refiere que la depresión posparto es el trastorno anímico más prevalente asociado al nacimiento, con una recidiva es 1:3 a 1:4 si la madre no es tratada de manera correcta (Gonzalez-Gonzalez, Casado Mendez, Molero Segrera, Santos Fonseca, & Lopez Sanchez, 2019).

Presentar una edad menor de 20 años resultó ser un factor asociado a la aparición de depresión posparto. Autores como Lara MA et al. consideran que enfrentar un embarazo durante la adolescencia puede hacer que la madre, a una edad de por sí vulnerable, dude de su capacidad materna ante un reto de esta magnitud (Gonzalez-Gonzalez, Casado Mendez, Molero Segrera, Santos Fonseca, & Lopez Sanchez, 2019).

La identificación precoz y la intervención multidisciplinaria temprana tiene como ventaja la disminución del sufrimiento de la paciente y la reducción de los efectos negativos sobre el lactante (Bernal Perez, y otros, 2012).

Por lo cual, se debe dar seguimiento estrecho a la paciente durante el embarazo y de 6 a 12 semanas postparto, todas las mujeres deben ser evaluadas física y mentalmente. Según la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre la salud mental prenatal y postnatal recomiendan que todas las mujeres durante el embarazo y el período posparto deben ser evaluadas para los síntomas severos del humor esta evaluación se debería hacer en cada consulta que esta paciente tenga con todos los profesionales de la salud (Ampudia, 2020).

Dada la importancia de la detección precoz DPP, Cox (1987), diseñó y validó un cuestionario específico para su identificación en el sistema de atención primaria de salud, el Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Se considera un instrumento confiable para ser utilizado en la detección temprana del trastorno depresivo. Ha sido traducido a más de diez idiomas y validado en diferentes países de culturas y lenguas diversas (Bustos Rementeria & Jimenez Ponce, 2013). La EPDS posee una sensibilidad del 100% y una especificidad del 82% pero, aunque los resultados de la EPDS sean positivos no se le debe dar más importancia que

al juicio clínico (Bueno Montero, 2014). Además, el diagnóstico verdadero lo deben realizar los especialistas a través de la encuesta diagnóstica para la depresión según la DSM-IV (Bernal Perez, y otros, 2012).

Sin embargo, no solo es utilizada la EPDS para el diagnóstico de la DPP, sino que, diferentes estudios utilizan otras escalas o métodos para dicho diagnóstico. Por ejemplo, (Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021) además de la EPDS utilizan la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), una entrevista clínica utilizada para evaluar trastornos psiquiátricos (Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021). Por otro lado, (Yörük, Açıkgöz, Turkmen, & Tunay, 2020) utilizan la escala de Depresión de Beck, herramienta de medición de la depresión más utilizada en el mundo.

Por otra parte, para la valoración del apoyo sociofamiliar existen diferentes escalas. La más utilizada a nivel mundial es la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS) la cual es utilizada en los estudios realizados por (Hancioglu & Yazici, 2020) y (Yörük, Açıkgöz, Turkmen, & Tunay, 2020). En otro lugar, en el estudio de (Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021) para medir el apoyo social utilizan dos escalas: Medical Outcomes Study (MOS) para evaluar varias dimensiones del apoyo social y la escala de Apoyo del Padre del Bebé (DAD) para evaluar el apoyo paterno basado en el apoyo material y la ayuda con el cuidado (Pao, Guintivano, Santos, & Meltzer-Brody, 2021). Por último, (Seymour-Smith, Cruwys, & Haslam, 2021) utilizaron la Encuesta de Ingresos Domésticos y Dinámica Laboral en Australia y una encuesta de apoyo social subjetivo. No obstante, no existe un protocolo estandarizado con las escalas óptimas para la detección precoz de la DPP y el apoyo sociofamiliar.

En relación con la categoría de profesionales enfermeros, se hace necesaria la necesidad de conocer esta realidad y tener una atención vigilante sobre estos casos, ya que el profesional de esta área es el que hace el seguimiento de la madre y el hijo en el puerperio en la mayoría de las consultas de puericultura (Tamires Alexandre, y otros, 2013). Las matronas son el personal de enfermería más indicado para detectar este tipo de patología y utilizar los instrumentos necesarios para un correcto y precoz diagnóstico y tratamiento. Además, ellas pueden estimular las actividades de cuidado personal en las madres primerizas para aliviar los síntomas de depresión durante el puerperio (Bernal Perez, y otros, 2012).

En relación con las visitas postparto tanto el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (ACOG) como la OMS recomendaron cambios en los calendarios sugeridos, incrementando el número de visitas y extendiendo el tiempo de observación y cuidado materno. Además, las visitas realizadas en el hogar brindan la oportunidad de apoyar a las madres durante el cuarto trimestre de una manera integral y continua, produciendo efectos muy positivos sobre la salud y el bienestar materno y familiar. Estas están centradas en las necesidades de la mujer puérpera brindándole estrategias de apoyo y contención emocional, escucha activa y desarrollo de las dificultades de cada familia y una evaluación exhaustiva de determinantes sociales de salud. Asimismo, las visitas domiciliarias facilitan la identificación de síntomas de depresión postparto y disminuyen la severidad de la depresión ya que son una excelente opción para diagnosticar e iniciar el tratamiento (Andrade).

Respecto al tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica: 1) terapia (individual o de grupo) y/o 2) medicación. En aquellos casos en que se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas. (Medina-Serdan, 2013). Aunque las intervenciones psicosociales y psicológicas, son cada vez más frecuentes ya que los estudios demuestran la eficacia de las intervenciones no farmacológicas realizadas por enfermeras. Sin embargo, el tratamiento farmacológico es una opción para considerar (Marmi Camps, 2017).

Para finalizar, en relación a la prevención se recomiendan los programas universales de atención psicosocial debido a que todas las mujeres durante el periodo perinatal y, sin importar su situación económica y social, se encuentran en una situación de grandes cambios que puede tener importantes impactos en la salud física y mental (Andrade).

8.2. Limitaciones del estudio

Las limitaciones más evidentes del presente trabajo de fin de grado son las propias de una investigación de este tipo, en cuanto a tiempo y espacio. Sin duda, los sesgos, propios de la revisión bibliográfica también han limitado en mayor o menor medida el desarrollo de este.

8.3. Sesgos

Los sesgos de selección y publicación han sido los más prevalentes asociados al presente trabajo.

8.4. Futuras líneas de investigación

Es necesario continuar en esta línea de investigación de la depresión posparto, no solamente en relación con el apoyo socio familiar sino, abarcar la totalidad de la enfermedad ya que es una patología muy común entre las mujeres puérperas.

9. CONCLUSIONES

A continuación, se describen las conclusiones del presente TFG que dan respuesta a la hipótesis y objetivos:

- La hipótesis que afirmaba que la falta de apoyo sociofamiliar es un desencadenante de la depresión posparto, se ha cumplido, ya que se han evidenciado diferentes documentos en los que se explicitaba que esa característica guardaba una correlación positiva con dicho trastorno.
- Los principales factores de riesgo de la depresión posparto son la edad, el nivel educativo y el nivel de apoyo social aunque, cabe destacar que su etiología es multifactorial
- La sintomatología característica de la depresión postparto es: llanto, irritabilidad, sentimiento de incapacidad para cuidar al bebé, sentimiento de culpa, apatía por actividades que previamente eran gratificantes y se disfrutaban, entre otras.
- Las escalas disponibles para el diagnóstico de la DPP y la valoración del apoyo sociofamiliar son múltiples aunque, la más fiable y utilizada como primer cribado para detectar el riesgo de padecer DPP es la Escala de Edimburgo.
- La enfermería tiene un papel muy importante en la intervención y abordaje de la DPP, ya que es el primer contacto que tienen las mujeres tras el parto y las matronas son las encargadas de realizar una detección precoz de esta.

10. BIBLIOGRAFÍA

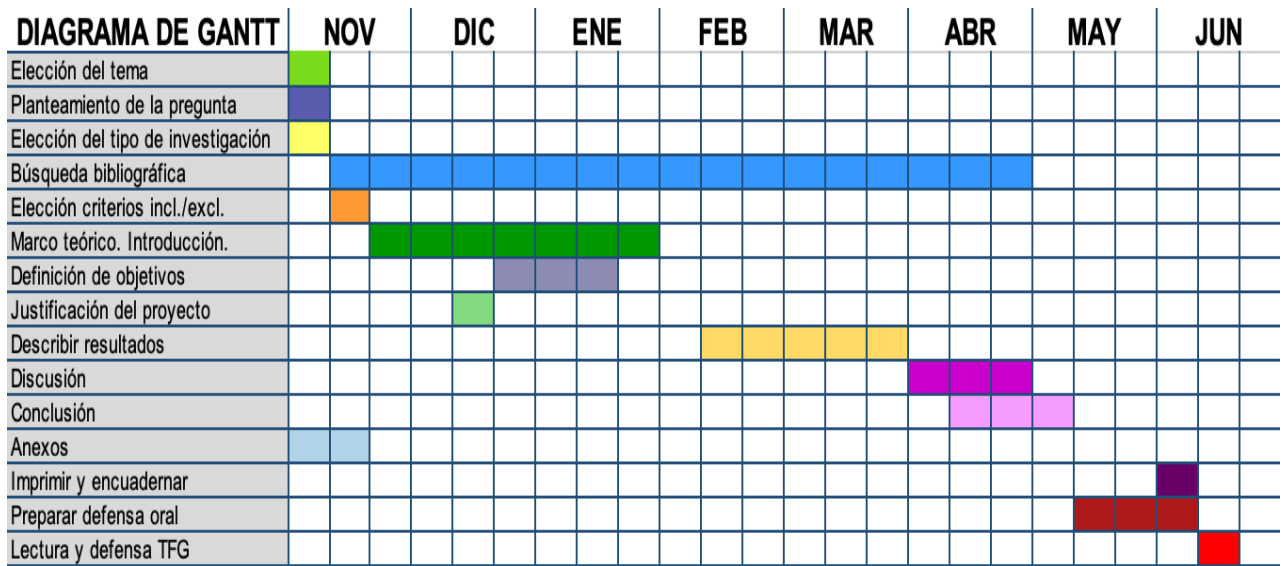
- Ampudia, M. K. (2020). Depresión posparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*.
- Bernal Perez, F., Cubel Rozalen, Y., Delgado Guerra, I., Gonzalez Soler, F., Mico Soler, M., & Nieves Montero, J. (2012). Intervenciones multidisciplinares en la depresión posparto. *Educare* 21.
- Bueno Montero, E. (2014). *Enfermería21*. Obtenido de Educare 21: <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/>
- Bustos Rementería, S., & Jimenez Ponce, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, 38-49.
- Carro. Garcia, T., Sierra Manzano, J., Hernandez Gomez, M., Ladron Moreno, E., & Antolin Barrio, E. (s.f.). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina General*, 452-456.
- Castellon, A. D. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 576-586.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Escala de depresión de Post-parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry*.
- Estadística, I. N. (Enero de 2021). *La salud mental en la pandemia*. Obtenido de Cifras INE: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INECifrasINE_C&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifrasINE_C%2FPYSDetalleCifrasINE#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20grave%20afecta%20a%20230.000%20personas&text=En%202020%2C%20se%20c
- Gonzalez-Gonzalez, A., Casado Mendez, P., Molero Segrera, M., Santos Fonseca, R., & Lopez Sanchez, I. (2019). Factores asociados a la depresión posparto. *Arch Med Camagüey*, 770-779.
- Hancioglu, S., & Yazici, S. (2020). The effect of social support on pregnancy and postpartum depression. *International Journal of Caring Sciences*, 746-758.
- Marmi Camps, M. (2017). Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto. *Musas*, 57-85.
- Medina-Serdan, E. (2013). Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 185-193.
- Olhaberry Huber, M., Romero Jimenez, M., & Miranda Largo, A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre - bebé: consideraciones clínicas. *SUMMA Psicológica UST*, 77-87.
- OMS. (s.f.). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la salud: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

La falta de apoyo sociofamiliar como desencadenante de la depresión posparto: revisión bibliográfica

- Pao, C., Guintivano, J., Santos, H., & Meltzer-Brody, S. (2021). Postpartum depression and social support in racially and ethnically diverse population of women. *Health care for women international*, 1325-1339.
- Peralta, O. (s.f.). *Aspectos Clínicos del Puerperio*. Obtenido de ICIMER: https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
- Seymour-Smith, M., Cruwys, T., & Haslam, A. (2021). More to lose? Longitudinal evidence that women whose social support declines following childbirth are at increased risk of depression. *Mental Health*, 338-343.
- Tamires Alexandre, F., Nogueira Ferreira, A., d'Avila Siquiera, D., Viera do Nascimento, K., Ximenes Neto, F., & Muniz Mira, Q. (2013). Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*, 404-418.
- Urdaneta M, J., Rivera S, A., Garcia I, J., Guerra V, M., Baabel Z, N., & Contreras B, A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multiparas valoradas por la escala de Edimburgo. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 312-320.

11. ANEXOS

Ilustración 2: Diagrama de Gantt



Fuente: elaboración propia.

AGRADECIMIENTOS

Transmitir mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que han estado a mi lado a lo largo de esta preciosa etapa.

En primer lugar, a mi tutora la Dra. Laura Serralta por su incalculable ayuda en la realización del trabajo, y por la confianza depositada en mi en todo momento. Por permitirme compartir esta experiencia con sus conocimientos sobre salud mental.

A todo el profesorado de la Universidad Europea de Valencia por estos cuatro años de enseñanza que me han permitido formarme y llegar hasta aquí y convertirme en la casi enfermera que soy hoy en día.

A mi familia, por ser mi mayor apoyo y los que siempre están para mí en todos los caminos que decido tomar. Gracias por haberme dado la oportunidad de hacer lo que siempre he soñado y tener la profesión más bonita. Siempre os estaré agradecida.

A Maria, por ser mi alma gemela en todo y no separarte de mi lado en ningún momento durante estos 4 años, nada hubiera sido igual sin ti.

A todos, muchísimas gracias por estar a mi lado, por dedicarme vuestro tiempo.y por apoyarme.