



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZAKO
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

ERIZAINZAKO GRADUA
GIPUZKOA
GRADO EN ENFERMERIA

Curso académico 2015/2016

Depresión Posparto: Factores de riesgo y métodos de detección

Erika Posso Bermudez

Directora: María Nieves Aja Hernando

RESUMEN

El embarazo y el puerperio representan un momento trascendental en la vida de la mujer, durante estas etapas ocurren grandes cambios a nivel biológico, psicológico y social. La depresión posparto es el trastorno emocional más habitual en la maternidad produciendo una alteración mayor en la mujer en el ámbito emocional, cognitivo y comportamental, a la vez que afecta la calidad de vida del recién nacido y de la familia.

Los objetivos de la presente revisión narrativa son, identificar los factores de riesgo que condicionan la aparición de la depresión posparto, así como conocer los métodos de detección de DPP utilizados actualmente para la identificación de mujeres con este trastorno.

La búsqueda de literatura se llevó a cabo en diferentes bases de datos tras el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión, haciendo uso también, de ciertos filtros para la delimitación de la búsqueda. Se formaron dos estrategias de búsqueda mediante la utilización de los descriptores en ciencias de la salud, tras la cual se seleccionaron 34 artículos.

Los datos recogidos muestran que los cambios hormonales, los antecedentes de depresión personales y familiares, el nivel socioeconómico y la red de apoyo con la que cuenta la mujer son fuertes determinantes en la aparición de depresión posparto. Por otra parte, se identificó que el elemento más utilizado actualmente para la detección de depresión posparto es la escala de valoración de Edimburgo.

Esta enfermedad acarrea grandes problemas, por lo que la identificación de factores de riesgo y la detección de esta enfermedad resulta imprescindible para evitar consecuencias negativas a largo plazo, siendo de vital importancia el papel de enfermería tanto en la valoración como en el seguimiento de esta enfermedad.

Palabras clave: Depresión posparto, factores de riesgo, epidemiología, diagnóstico, métodos de detección.

INDICE DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	JUSTIFICACIÓN	2
3.	OBJETIVOS	3
4.	METODOLOGÍA	4
5.	RESULTADOS DE BÚSQUEDA	5
6.	FACTORES DE RIESGO	13
6.1	Factores biológicos.....	13
6.2	Factores Psicológicos.....	16
6.3.	Factores socioeconómicos	18
7.	MÉTODOS DE DETECCIÓN	20
8.	DISCUSIÓN	22
9.	CONCLUSIONES	26
10.	REFLEXIONES Y APORTACION PERSONAL	27
11.	BIBLIOGRAFÍA	30
	ANEXO 1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Criterios de inclusión y exclusión.	4
Tabla 2.	Ecuaciones de búsqueda empleadas en las bases de datos.	5
Tabla 3:	Artículos seleccionados tras aplicar la estrategia de búsqueda 1.....	10
Tabla 4:	Artículos seleccionados tras aplicar la estrategia de búsqueda 2.....	12
Tabla 5.	Factores de riesgo para la depresión posparto.....	27

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Concentración de estrógenos y progesterona durante el embarazo y parto.	14
------------	--	----

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define salud como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (1)

La depresión es una enfermedad que afecta a la salud mental, se calcula que actualmente afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial y representa una causa importante de discapacidad que afecta a ambos sexos en todas las edades, sin embargo, las mujeres tienen más riesgo de depresión que los hombres. Se estima que para el año 2020 la depresión representará el 5,7% de la carga de morbilidad total femenina medida en años de vida ajustados por discapacidad. Este trastorno trae consigo grandes consecuencias especialmente cuando es de larga duración, ya que altera la capacidad de la persona para desenvolverse adecuadamente en sus actividades laborales, académicas y familiares, representando un factor de riesgo importante para el suicidio. Así mismo, la depresión constituye la principal causa de ingresos hospitalarios no obstétricos en las mujeres estadounidenses entre 15 y 44 años. (2)

La depresión posparto (DDP) es un problema que puede compararse con la depresión mayor, siendo la complicación emocional más habitual durante la maternidad. Esta afección aparece generalmente en las 4 semanas después del parto y puede extenderse hasta los 14 meses posparto. Actualmente se ha convertido en un problema importante de salud pública tanto por la prevalencia (entre el 10-20%) como por las consecuencias para la calidad de vida de la mujer, del recién nacido y del núcleo familiar en formación. Todo lo anteriormente mencionado remarca la importancia de la detección precoz de DPP para que se pueda aplicar un tratamiento adecuado y así evitar mayores complicaciones. (3)

Tras el embarazo la mujer empieza una etapa en la cual se desarrollan cambios fisiológicos, emocionales y sociales hasta lograr la adaptación a la nueva fase del ciclo vital, lo cual puede suponer un gran estrés para la mujer. En esta situación es habitual que exista un periodo de labilidad mientras que se restablece su entorno biopsicosocial. Durante este periodo aparece una tenue depresión que se manifiesta durante la primera semana del puerperio pudiendo durar hasta dos semanas. El porcentaje de incidencia varía entre el 25-75% y se estima que el 25% de la población puede llegar a desarrollar una depresión mayor. (4)

La tristeza posparto está estrechamente relacionada con el reajuste hormonal, puesto que, en el embarazo la mujer experimenta un cambio considerable en su sistema hormonal y una vez pasado el periodo del parto hay una disminución abrupta de ciertas hormonas, lo cual tiene consecuencias en el estado emocional de la madre. (4)

La depresión posparto constituye una alteración mayor en la mujer a nivel emocional, cognitivo y comportamental. Su diagnóstico resulta difícil ya que hay una notable carencia de información sobre los trastornos mentales en el puerperio. En múltiples ocasiones puede confundirse con la incapacidad de la madre o falta de preparación de la mujer para afrontar la nueva etapa de su vida con suficiente determinación. Esto contribuye a que haya un alto índice de subdiagnóstico por parte de los profesionales (aproximadamente un 50% de los casos). Por consiguiente, hay mujeres que, al no contar con un diagnóstico y tratamiento adecuados, continúan con los síntomas que se intensifican con el tiempo y puede convertirse en una depresión crónica afectando la calidad de vida de la familia. (5)

Las mujeres que experimentan depresión posparto presentan labilidad emocional que se acompaña de llanto fácil, falta de concentración, estado de ánimo decaído, pérdida del apetito, trastorno del sueño, etc. En esta situación, es habitual que la madre se sienta responsable de su estado de ánimo dado que no es el “esperado” tras el nacimiento de su hijo. Además, la presión social a la que está sometida la mujer en su nuevo rol como madre, hace que se sienta incapaz de afrontar su nuevo papel en la sociedad lo que empeora su situación emocional pudiendo desencadenarse ideas suicidas o infanticidas. (6)

2. JUSTIFICACIÓN

El bienestar mental es un componente imprescindible de la salud. El individuo que goza de salud mental es capaz de valerse de su potencial, manejar las situaciones estresantes de la vida cotidiana, ser proactivo y contribuir a la comunidad. La OMS reafirma el requerimiento de una respuesta holística y coordinada de los sectores socio-sanitarios frente a los trastornos mentales, para ello, estableció el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, el cual propone un enfoque integral y multisectorial recalcando la importancia de dar especial atención a la promoción, detección, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación de la salud mental. (7)

Del mismo modo, la salud materna forma parte de los ocho objetivos de desarrollo del milenio establecidos por las naciones unidas. Si bien, este objetivo se centra

especialmente en reducir la mortalidad materna, es importante considerar la morbilidad que trae consigo la carencia de salud mental en la maternidad. (8)

Por esta razón resulta conveniente llevar a cabo una investigación sobre la depresión posparto y todos los aspectos que le rodean, con el fin de sensibilizar a los profesionales sanitarios, dado que el conocimiento objetivo y la información no sesgada sobre el tema, facilita su labor a la hora de realizar prevención y promoción de la salud. Asimismo, como relevancia social, los trastornos mentales durante el posparto representan un problema que acarrea graves consecuencias para la salud y el bienestar de la mujer y del recién nacido puesto que altera el desarrollo normal de la formación del vínculo madre e hijo, convirtiéndose este trabajo en trascendental, dado a que centra su atención en la tipificación de los factores de riesgo para el desarrollo de depresión durante el periodo del puerperio.

Actualmente la depresión posparto tiene una prevalencia a nivel mundial de 10-20%, en España la investigación sobre este problema de salud mental es limitada en comparación con otros países. Son escasos los estudios que hacen hincapié en la prevalencia e importancia de esta enfermedad en el país (9). Esta falta de conocimiento acerca de la depresión puerperal, representa una barrera para los profesionales sanitarios a la hora de conocer y detectar esta enfermedad.

En esta línea, se hace necesario profundizar en la importancia de la detección precoz como implicación práctica para encarar el problema. Es allí, donde la presente revisión adquiere valor teórico, llevándonos a cuestionar la importancia de conocer los determinantes que supeditan la aparición de la depresión posparto y los métodos usados para detectar esta patología, lo cual nos va a permitir realizar una valoración adecuada del problema, así como también llevar a cabo acciones de prevención.

3. OBJETIVOS

La presente revisión narrativa tiene dos objetivos generales:

- Identificar los factores de riesgo que condicionan la aparición de la depresión posparto.
- Conocer los métodos de detección utilizados actualmente para la identificación de mujeres con depresión posparto

4. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica durante los meses de diciembre, enero y febrero de 2016 en las bases de datos Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), PubMed y Cochrane, todo ello con el fin de recopilar documentos científicos que permitieran dar respuesta a los objetivos expuestos anteriormente.

Se establecieron en todas las bases de datos consultadas los siguientes filtros: documentos publicados entre 2010 y 2015, que estuvieran disponibles en los idiomas inglés, español y portugués. El periodo de búsqueda establecido se fundamenta en la constante actualización de la información indexada en las bases de datos por lo que se considera que el espacio de tiempo de cinco años es adecuado para obtener información vigente y adecuada a la finalidad del estudio. Además, para complementar ciertos elementos conceptuales, se consultó bibliografía obtenida a partir de la biblioteca de la facultad de Enfermería y de la Organización Mundial de la Salud.

En cuanto a los idiomas, se considera que al tener en cuenta tres lenguas, se obtendrían mayores resultados de interés para la investigación. Por otra parte, se fijaron criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos, dichos criterios se detallan en la siguiente tabla. (Ver Tabla 1)

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
✓ Que se centren en la depresión posparto	<ul style="list-style-type: none">* Estudios que incluyan en su muestra madres con patologías mentales graves de base* Estudios que incluyan madres de recién nacidos muertos y con patologías que requieran ingreso hospitalario* Estudios que incluyan madres que hayan tenido pérdidas fetales* Estudios llevados a cabo en países orientales* Que se repitan en las bases de datos

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.
Elaboración propia. Febrero 2016.

El criterio de inclusión se estableció con el fin de delimitar la búsqueda y centrarnos exclusivamente en la depresión posparto. En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron aquellos estudios que incluyeran a madres con patologías mentales graves, pérdidas fetales, y recién nacidos con patologías que requieran ingreso hospitalario, puesto que es evidente que estas situaciones condicionan el estado emocional de la puérpera. Además, se excluyeron aquellos estudios realizados en los países orientales ya que hay mayores diferencias socioculturales y demográficas que no son aplicables a la sociedad española. Respecto a aquellos artículos que se

repetían en las bases de datos consultadas se seleccionó el artículo encontrado en la primera base de datos descartándolo de las otras búsquedas.

Para la búsqueda se elaboraron principalmente dos estrategias de búsqueda, para las cuales, fue necesario el uso de los siguientes Medical Subject Headings (MeSH). La búsqueda fue llevada a cabo en inglés en todas las bases de datos.

- **Estrategia de búsqueda 1:** Depression postpartum, Epidemiology, Risk Factors
- **Estrategia de búsqueda 2:** Depression postpartum, Diagnosis, Screening Methods

5. RESULTADOS DE BÚSQUEDA

Tras la realización de la búsqueda bajo la metodología establecida, se encontraron 34 artículos que cumplen con los criterios en consideración para llevar a cabo la revisión narrativa. De la muestra total seleccionada, 18 artículos fueron encontrados en PubMed, 13 Artículos en BVS y 3 artículos en la Biblioteca Cochrane. (Ver tabla 2)

Bases de datos	de	Ecuaciones de búsqueda	Resultados Obtenidos (filtros incluidos)	Resultados seleccionados
Biblioteca Virtual Salud	en	• Depression, postpartum epidemiology AND Risk Factors	425	10
		• Depression, postpartum diagnosis AND Screening Methods	342	3
PubMed/		• Depression, Postpartum/epidemiology"[MAJR] AND "Risk Factors"[MeSH Terms])	148	14
		• Depression, Postpartum/diagnosis"[MeSH Terms]) AND "Mass Screening/methods"[MAJR])	26	4
Biblioteca Cochrane		• Depression postpartum epidemiology AND Risk Factors	12	1
		• Depression, postpartum diagnosis AND Screening Methods	9	2

Tabla 2. Ecuaciones de búsqueda empleadas en las bases de datos. Elaboración propia. Febrero de 2016.

Los resultados obtenidos tras la utilización de las dos estrategias planteadas para la búsqueda, se estructuraron en dos tablas diferentes teniendo en cuenta la estrategia de búsqueda a la que pertenecen. En la tabla 3, están organizados los artículos que corresponden a la estrategia de búsqueda 1 y en la tabla 4 aquellos artículos correspondientes a la estrategia de búsqueda 2. La documentación seleccionada está ordenada teniendo en cuenta el nivel de evidencia científica y el tamaño de la muestra, además, se incluyen el año de publicación, el país donde se llevó a cabo el estudio, los objetivos y resultados obtenidos.

TABLA 3. ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA 1.

TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	PAÍS DE ESTUDIO	AÑO DE PUBLICACIÓN	OBJETIVOS	RESULTADOS
Caracterización de madres deprimidas en el posparto	Ensayo clínico (n: 440)	Chile	2010	Describir la situación sociodemográfica, antecedentes obstétricos, síntomas depresivos, y los cuidados, de mujeres con depresión posparto	Factores sociodemográficos asociados a DPP: falta de trabajo remunerado, embarazos no deseado, carencia de apoyo social. Además, la historia familiar de depresión y los antecedentes de episodios depresivos son factores de riesgo para DPP.
How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first time mothers?	Ensayo clínico (n:198)	Estados Unidos	2010	Examinar el estatus socioeconómico (SES) como factor de riesgo para síntomas depresivos al final del embarazo y el puerperio temprano.	El bajo nivel socioeconómico está asociado con un aumento de síntomas depresivos en la última etapa del embarazo y a los 2-3 meses posparto.
Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression	Estudio de cohorte (n: 2318)	Suecia	2013	Investigar la asociación entre la depresión posparto y los síntomas premenstruales.	Las mujeres con síndrome premenstrual y trastorno disfórico menstrual tienen más riesgo de desarrollar DPP a las 6 semanas y 6 meses posparto. Siendo mayor el riesgo en mujeres multíparas
Is neuroticism a risk factor for postpartum depression?	Estudio de cohorte (n:1807)	España	2012	Ampliar el conocimiento previo del neuroticismo, extraversión y psicoticismo como factores de riesgo para la depresión posparto.	Este estudio confirmó que el neuroticismo es un predictor de la depresión posparto mayor y la sintomatología depresiva a las 8 y 32 semanas después del parto. Sin embargo, otros rasgos no se confirmaron como un factor de riesgo.
Personality and risk for postpartum depressive symptoms	Estudio de cohorte (n:1037)	Suecia	2015	Analizar la asociación entre los factores de la personalidad y la depresión posparto	El neuroticismo, así como los rasgos de ansiedad psíquica y somática también se asociaron con un mayor riesgo de DPP

Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system	Estudio cohorte (n: 1019)	de Brasil	2012	Evaluar los factores de riesgo sociodemográficos más relevantes de la prevalencia e incidencia de síntomas de depresión posparto.	El nivel de la pobreza, la historia psiquiátrica, la ausencia de la pareja y los eventos estresantes de la vida son importantes factores de riesgo de síntomas
Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort in Crete, Greece.	Estudio cohorte (n:438)	de Grecia	2014	Evaluar si la salud mental materna prenatal se asocia con DPP en las 8 semanas posteriores al parto.	Se encontró que el bienestar psicológico materno prenatal tiene un efecto significativo sobre el PPD
Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish Pregnant Spanish women	Estudio cohorte (n:116)	de España	2014	Analizar la influencia de los factores de personalidad y los síntomas depresivos antenatales en la depresión puerperal.	Se encontró una relación positiva entre la depresión posparto y los síntomas depresivos durante la gestación. Sin embargo, el neuroticismo era el único factor predictor de síntomas depresivos posparto.
Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo	Estudio cohorte (n:100)	de Venezuela	2011	Determinar los factores de riesgos biológicos, psicológicos y sociales para la depresión posparto en las puérperas.	Factores asociados a DPP: Trastornos médicos durante el embarazo, no contar con el apoyo de su pareja, presentar antecedentes de depresión o melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior.
Perinatal depression: a study of prevalence and of risk and protective factors	Estudio Cohorte (n:85)	de Italia	2013	Aumentar el conocimiento epidemiológico de DPP y evaluar los factores de riesgo y los factores de protección.	La depresión antes del parto, es estadísticamente significativa como factor de riesgo para el desarrollo de DPP, mientras que la actitud positiva representa un factor protector.

Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression	Estudios de casos y controles (n:208)	Finlandia	2014	Evaluar el curso de la depresión, tiempo de inicio, la gravedad de los síntomas, el perfil de síntomas, y el nivel de desesperanza	<ul style="list-style-type: none"> El Historial de depresión, incluyendo la depresión durante el embarazo y puerperio son factores de riesgo de DPP. Los síntomas fueron: síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad fóbica, ideación paranoide, depresión, disminución de interés, disminución de la energía y agitación psicomotora.
Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey	Estudio transversal (n: 6421)	Canadá	2010	Evaluar el efecto que tiene la violencia de género antes, durante o después del embarazo, en la depresión posparto en las mujeres canadienses	Las probabilidades de depresión post-parto fueron significativamente mayores entre las mujeres que reportaron violencia de género en los últimos dos años.
Relation between place of residence and postpartum depression	Estudio transversal (n:6126)	Canadá	2013	Comparar el riesgo de depresión posparto entre las mujeres canadienses que viven en zonas rurales y urbanas e identificar los factores de riesgo de depresión posparto.	<ul style="list-style-type: none"> La prevalencia de DPP fue mayor entre las mujeres que viven en zonas urbanas que en aquellas que viven en zonas rurales. Los factores de riesgo son: historial de depresión, apoyo social y la inmigración
Postpartum depression in Recife-Brazil: Prevalence and association with bio-socio-demographic factors.	Estudio transversal (n:400)	Brasil	2010	Detectar depresión posparto mediante la utilización de una entrevista clínica semiestructurada, y realizar una asociación entre este trastorno y los datos bio-socio-demográficos.	La prevalencia de DPP fue mayor en mujeres con antecedentes personales y familiares de trastornos mentales, complicaciones médicas generales, nacimientos transplvianos, y posparto > a 8 semanas.
Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados	Estudio transversal (n:146)	Brasil	2011	Evaluar la prevalencia de DPP e identificar los cambios del estado de ánimo y los principales factores de riesgo para el desarrollo de la DPP.	El 31,5 % de las madres presentaron puntajes compatibles con DPP. La relación de pareja inestable y la falta de apoyo por parte de esta, son factores de riesgo de DPP.

Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público	Estudio transversal (n:105)	Chile	2012	Describir los factores asociados a la incidencia de síntomas depresivos (SD) en mujeres con embarazos de bajo riesgo	La percepción del funcionamiento familiar, el hacinamiento y el número de hermanos, fueron significativamente asociados con síntomas depresivos posparto.
Risk Factors for Subclinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women	Estudio longitudinal (n:1403)	Canadá	2011	Identificar los factores prenatales y perinatales que predicen las mujeres en riesgo de depresión posparto subclínica y DPP mayor en mujeres embarazadas de bajo riesgo en Canadá.	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores de riesgo para DPP subclínica son: antecedentes de depresión, ser extranjera y síntomas ansiosos durante el embarazo • Los factores de riesgo para depresión posparto mayor son: antecedentes de depresión, ser extranjero, síntomas depresivos en el embarazo y no amamantar al bebé
Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology?	Estudio longitudinal (n:581)	Portugal	2010	Determinar si el insomnio al final del embarazo es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos y depresión posparto	El insomnio durante el embarazo no es un factor de riesgo para DPP. Sin embargo, es predictor de síntomas depresivos, así como el afecto negativo y el historial de depresión.
A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression	Estudio descriptivo correlacional (n:5169)	Estados unidos	2011	Examinar las variables demográficas seleccionadas como factores de riesgo de DPP	En el grupo de mujeres con probable DPP según la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), la edad o la paridad no se asocian con un alto riesgo de DPP. Sin embargo, la raza / origen étnico diferente al blanco, y tener bajo nivel de educación se asocian con riesgo de DPP.
Plasma oxytocin concentration during Pregnancy is associated with development of postpartum depression	Estudio prospectivo (n: 74)	Suiza	2011	Examinar la posible asociación entre la concentración de oxitocina en plasma durante el embarazo y el desarrollo de síntomas de DPP.	La concentración de Oxitocina en plasma durante el embarazo está asociada significativamente con síntomas de DPP a las dos semanas posparto.

Intimate partner violence before and during pregnancy: Related demographic and psychosocial factors and postpartum depressive symptoms among mexican american women.	Estudio prospectivo (n:320)	Estados Unidos	2015	Examinar las características y la prevalencia de la violencia de género antes y durante el embarazo e identificar la relación entre la violencia de género y los síntomas de DPP.	<ul style="list-style-type: none"> • La violencia de género esta significativamente asociada con el desarrollo de síntomas depresivos posparto. • Las mujeres con antecedentes traumáticos en la infancia, poca red de apoyo y sin una relación estable son más vulnerables a la violencia antes y durante el embarazo.
Relationships of race and socioeconomic status to postpartum depressive symptoms in rural african american and non-hispanic white women	Estudio observacional multicéntrico (n:299)	Estados Unidos	2013	Determinar si existen diferencias en los síntomas de PPD entre las mujeres afroamericanas y mujeres blancas no hispanas que viven en zonas rurales.	<ul style="list-style-type: none"> • La raza no fue un predictor significativo de DPP a 1 o 6 meses después del parto. • La percepción subjetiva del estatus socioeconómico (SES) fue el predictor más consistente de DPP.
Factores de riesgo de la depresión posparto	Revisión bibliográfica	España	2014	Identificar los principales factores de riesgo de la depresión posparto.	Destacan como factores de riesgo la edad materna, los antecedentes personales de depresión y la falta de apoyo social y familiar. Así como los factores socioculturales.
Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review	Revisión bibliográfica	Estados Unidos	2015	Actualizar la información sobre la magnitud de la DPP y explorar los factores asociados en los países desarrollados y en desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> • La prevalencia de DPP es mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados • Los factores de riesgo para DPP son: Depresión prenatal, ansiedad, pareja inestable, eventos estresantes, actitud negativa hacia el embarazo y la falta de apoyo social.
The role of reproductive hormones in postpartum depression	Revisión bibliográfica	Estados Unidos	2015	Examinar la hipótesis de que las fluctuaciones en los niveles de hormonas reproductivas durante el embarazo y el puerperio pueden desencadenar DPP en mujeres susceptibles.	Las hormonas reproductivas influyen en prácticamente todos los sistemas biológicos implicados en DPP, y un subgrupo de mujeres parecen ser particularmente sensibles a los efectos de los cambios en los niveles hormonales perinatales.

Tabla 3: Artículos seleccionados tras aplicar la estrategia de búsqueda 1. Elaboración propia. Febrero 2016

TABLA 4. ARTÍCULOS SELECCIONADOS TRAS LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA 2

TITULO	TIPO DE ESTUDIO	PAIS DE ESTUDIO	AÑO DE PUBLICACION	OBJETIVOS	RESULTADOS
TRIPPD: A practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management	Ensayo clínico (n: 2343)	Estados unidos	2012	Evaluar la eficacia de la introducción de una intervención en la práctica que consiste en el cribado de la depresión posparto, la evaluación y gestión.	Se obtuvieron puntajes elevados para DPP con tasas comparables entre el grupo de intervención y el grupo control. Las mujeres del grupo de intervención, tuvieron más posibilidades de recibir diagnóstico y tratamiento. Además, reportaron menos síntomas depresivos a los 6 y 12 meses posparto.
Test-retest reliability of the english version of the EPDS.	Ensayo clínico (n:118)	Australia	2015	Examinar la fiabilidad test-retest de la versión en inglés de la escala de valoración de Edimburgo EPDS	Se encontró que la EPDS tiene un alto nivel de fiabilidad test-retest.
Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers	Ensayo clínico (n:106)	Estados Unidos	2014	Evaluar la exactitud de EPDS y 3 subescalas para la identificación de DPP entre madres adolescentes primíparas	Se comprobó que el uso de EPDS completa, EPDS-7, y EPDS-2 es adecuado para la detección de DPP. Las puntuaciones de corte para el cribado con EPDS y EPDS-7 fueron más bajas que las recomendadas actualmente.
Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research	Estudio transversal (n: 1083)	Brasil	2015	Evaluar la fiabilidad y validez de la EPDS administrada mediante entrevistas telefónicas.	La EPDS aplicada por teléfono es válida para la práctica clínica y es un buen método para optimizar el diagnóstico de DPP
Postpartum depression: an original survey of screening practices within a healthcare system	Estudio transversal (n: 251)	Estados Unidos	2010	Evaluar las estrategias de detección de depresión posparto mediante encuestas a los proveedores de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de los encuestados no estaban familiarizados con los instrumentos de detección de DPP. • Los métodos de detección preferentes fueron: sintomatología, examen físico y observación física.

Accuracy of depression screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers	Estudio transversal (n:198)	Estados Unidos	2010	Establecer la sensibilidad, especificidad y características de funcionamiento de 3 herramientas para la depresión posparto en mujeres urbanas de bajos ingresos.	Todas las escalas son óptimas si se utilizan de forma continua. Los puntos óptimos de corte para el inventario de depresión de Beck (BDI) y EPDS, fueron menores que los actualmente recomendados. Para la escala de cribado de depresión posparto (PDSS), el punto de corte óptimo varía según la magnitud de la depresión.
Screening and counseling for postpartum depression by nurses: The women's views	Estudio descriptivo (n:823)	Estados Unidos	2010	Examinar un modelo de atención en el que las enfermeras asesoran y tamizan a las puérperas sobre la depresión posparto además de evaluar la aceptabilidad de un modelo como este en mujeres estadounidenses.	La mayoría en ambos grupos (>90%) consideró oportuno que las enfermeras realizaran el cribado y el asesoramiento para la depresión posparto. Por otra parte, las mujeres con mayores ingresos tuvieron una visión más positiva respecto a la atención de enfermería en salud mental.
Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression	Estudio cualitativo descriptivo (n:11)	Noruega	2010	Examinar el uso de un procedimiento para la detección de DPP usado por las enfermeras de salud pública.	Las enfermeras participantes consideraron que el procedimiento de detección de DPP es válido. Se encontró que la EPDS es fácil de completar permite identificar más casos de DPP que antes.
The enigma of post-natal depression: an update	Revisión bibliográfica	Reino Unido	2011	Analizar los conceptos clave relacionados con la depresión postnatal, para ayudar a los profesionales sanitarios a mejorar los niveles de cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • La información sobre la etiología y el tratamiento es variable. • Las intervenciones utilizadas son frecuentemente ineficaces por lo que se debe identificar formas más exitosas para la detección de DPP.

Tabla 4: Artículos seleccionados tras aplicar la estrategia de búsqueda 2. Elaboración propia. Febrero: 2016.

6. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son todos aquellos condicionantes que aumentan la probabilidad de que una persona pueda adquirir una enfermedad o sufrir una lesión. En este sentido, los factores determinantes que influyen en el desarrollo de DPP pueden ser:

6.1 Factores biológicos

La depresión posparto está asociada principalmente a factores de riesgo de tipo psicosocial. No obstante, ciertos cambios biológicos están relacionados con el desarrollo de depresión posparto. Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer sufre multitud de modificaciones físicas y hormonales para adaptarse al crecimiento del bebé. Tras el parto, comienza el difícil proceso de reorganización representando un periodo de desequilibrio y vulnerabilidad. (10)

Los estrógenos y la progesterona son capaces de actuar sobre el sistema nervioso central influyendo en diferentes áreas del cerebro donde se llevan a cabo procesos relacionados con las emociones, el conocimiento, la motivación entre otros. En el embarazo, se produce un gran aumento en los niveles de estrógenos y progesterona que posteriormente, descienden bruscamente tras el parto generando un desequilibrio emocional (Gráfico 1). (11)

La revisión realizada por Schiller et al 2015 (11), en la que se analizan diferentes estudios efectuados en muestras humanas y en animales, sugiere que las hormonas reproductivas influyen en los sistemas neuronales implicados directamente con la depresión, evidenciando su relación con el desequilibrio del ánimo en la depresión posparto. Pese a esto, no se ha encontrado evidencia contundente para establecer diferencias significativas respecto al descenso rápido de dichas hormonas y los niveles más bajos durante el embarazo y el posparto, entre las mujeres que desarrollan DPP y las que no. Aunque la aparición de los síntomas de depresión coincide con el descenso de los niveles de las hormonas tras el parto representando un factor determinante en mujeres vulnerables. (11)

Por otro lado, algunos estudios que examinan los efectos de administrar estrógenos a mujeres en riesgo o con síntomas de DPP activo, indican que algunas mujeres son sensibles a los cambios en las hormonas reproductivas. En relación con la sensibilidad, otros estudios plantean que la vulnerabilidad al desarrollo de DPP se encuentra en las respuestas neuronales anormales a las fluctuaciones en las hormonas reproductivas durante el periodo perinatal. En esta línea, hay evidencia que indica la existencia un fenotipo sensible al desarrollo de DPP que se caracteriza por anomalías en las respuestas

neuronales presentes durante el puerperio cuando las concentraciones de hormonas reproductivas cambian rápidamente. (11)

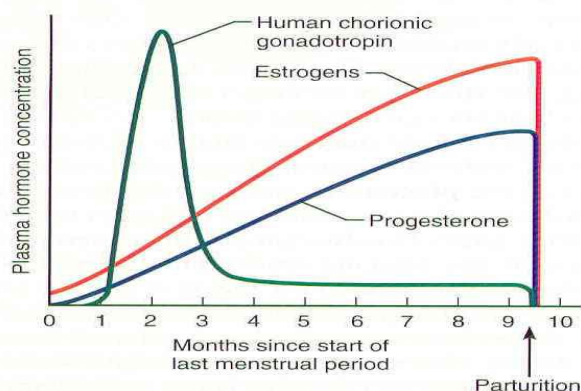


Gráfico 1: Concentración de estrógenos y progesterona durante el embarazo y parto.

Fuente: Universidad de Costa Rica Dpto. de fisiología Disponible en: <http://163.178.103.176/Fisiologia/fendocrino/ejercicios/ejercicio5/germann698b.jpg> Fecha de consulta: 19/03/2016

Otro de los cambios hormonales relacionado con la depresión posparto es la variación en los niveles de oxitocina, una hormona producida en el hipotálamo y posteriormente liberada en diferentes regiones del cerebro y en sangre periférica. Ésta tiene una función importante a la hora de promover relaciones interpersonales y mejorar los sentimientos de amor y confianza. (12)

Durante el embarazo, adquiere relevancia por su participación en el parto y su rol fisiológico en la lactancia, además, existe evidencia congruente que justifica el papel de la oxitocina en la adaptación del comportamiento a la maternidad. Así, las concentraciones plasmáticas de oxitocina medidas durante el embarazo y el primer mes de posparto están estrechamente relacionadas con el vínculo de apego madre-hijo, además, los progenitores que muestran conductas más afectivas en la relación con sus hijos, tienen concentraciones más altas de oxitocina en plasma. (13)

El estudio realizado por Skrundz et al 2011 (14), examinó la posible relación entre los niveles plasmáticos de oxitocina y el desarrollo de DPP en una muestra compuesta por 74 mujeres embarazadas sanas. Durante el tercer trimestre de embarazo se tomaron muestras de sangre para el análisis de los niveles de oxitocina en plasma, al tiempo que se evaluaron los síntomas de DPP mediante la escala de valoración de Edimburgo, posteriormente se dividió la muestra en dos grupos, uno con riesgo de DPP (EPDS >10) y otro sin riesgo de DPP, la oxitocina plasmática se incluyó como un potencial predictor de depresión posparto y se evaluó de nuevo la EPDS a las dos semanas del nacimiento del bebé. (14)

El estudio concluyó que la concentración plasmática de oxitocina en el tercer trimestre predijo significativamente los síntomas de DPP a las dos semanas del parto. En comparación con el grupo sin riesgo de DPP, el grupo con riesgo se caracterizó por tener niveles más bajos de oxitocina en plasma. (14)

Por otra parte, se relacionan como factor de riesgo para DPP, los antecedentes Síndrome Premenstrual (SPM) o de Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). Aunque el mecanismo por el cual la presencia de estos síntomas influye en la depresión posparto no está establecido, la posible explicación para la asociación entre DPP y el SPM radicaría en que, en el síndrome premenstrual, así como en el posparto, existe un periodo de retirada de hormonal, ya que durante la fase lútea tardía los niveles de progesterona y estrógenos disminuyen rápidamente. (15)

Lo mencionado anteriormente, ha sido evaluado en varios estudios que coinciden en que la presencia de estos síntomas previos a la menstruación, están relacionados con la aparición de depresión posparto. En tal sentido, la investigación llevada a cabo por Sylvén et al 2013 (16), se propuso estudiar la asociación de los síntomas premenstruales con la depresión posparto. La muestra se compuso de 2318 mujeres entre las cuales 7,1% tenían antecedentes de SPM y 2,9% de TDPM, se aplicó el cuestionario de autoreporte para depresión posparto a los 5 días, 6 semanas y 6 meses después del nacimiento. (16)

Las asociaciones significativas entre DPP y SPM/TDPM respectivamente, fueron evidentes en las tres evaluaciones de la depresión posparto, siendo más fuertes las reportadas en la evaluación cinco días después del parto, período en el cual los niveles hormonales han disminuido rápidamente. Además, se halló que la relación entre SPM y TDPM se mantiene en mujeres múltiparas lo que indica que la paridad representa un efecto modificador. (16)

Asimismo, el insomnio es considerado un determinante para el desarrollo de la depresión posparto. Múltiples estudios han analizado la relación existente entre el insomnio y la depresión, encontrándose que es un síntoma habitual en la depresión. A su vez, la alteración de sueño influye en la regulación del estado de ánimo por lo que puede considerarse como un factor de riesgo independiente para la depresión. (17)

Los cambios en el patrón del sueño durante el tercer trimestre del embarazo se ven aumentados por los cambios fisiológicos, así como la ansiedad por que se acerca el parto, en esta situación las mujeres tienden a ponerse más ansiosas y pueden tener alteraciones psicológicas. En esta línea, ciertos autores plantean que las alteraciones de los patrones del sueño al final del embarazo están relacionadas con síntomas depresivos en las primeras semanas del puerperio. El estudio realizado por Marques et al 2011 (17) en el que se

seleccionaron 581 mujeres para analizar la relación entre el insomnio y la depresión posparto, detectó que el 15.3% tenía síndrome de insomnio y tras el análisis de regresión, se identificó que el insomnio no representa un factor de riesgo independiente para el desarrollo de DPP, sin embargo, es un predictor significativo de la sintomatología depresiva en el posparto. (17)

6.2 Factores Psicológicos

La personalidad se compone de aquellas cualidades que conforman la manera de ser y actuar de una persona. Si bien, cada persona es diferente, existen una serie de rasgos que definen los tipos de personalidad tales como: Neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, responsabilidad y amabilidad. De los rasgos de personalidad estudiados el neuroticismo es el más asociado positivamente con los síntomas depresivos en las fases del puerperio. (18)

La maternidad y más concretamente el periodo puerperal, representa una etapa de estrés debido a los cambios que se generan y las mujeres con rasgos de la personalidad más vulnerable, pueden afrontar disfuncionalmente esta etapa. El neuroticismo es un rasgo en el que existe una tendencia a sufrir estrés psicológico y hay un pobre afrontamiento a la situación, en relación a esto en España se han realizado diferentes estudios. (18) (19)

Por una parte, la investigación publicada por Martín-Santos et al 2012 (19), cuya muestra se compuso de 1807 mujeres, encontró que aquellas con síntomas depresivos a las 8 semanas del parto, así como las mujeres con un episodio de depresión posparto durante las 32 semanas posteriores obtuvieron puntuaciones más bajas en extraversión y mayores puntuaciones en neuroticismo. (19)

Del mismo modo, el estudio realizado por Marín-Morales et al 2014 (18), analizó la relación entre los rasgos de la personalidad y la depresión posparto en 116 mujeres, determinando que existe una correlación positiva significativa entre las puntuaciones altas de EPDS y neuroticismo y los síntomas depresivos en el primer trimestre, además, se encontró una asociación negativa entre la extraversión, la responsabilidad y las puntuaciones altas en EPDS, lo que sugiere que estos rasgos representarían factores protectores frente a una posible DPP. (18)

Adicionalmente, el estudio realizado en Suecia por Iliadis et al 2015 (20), en el que participaron 1037 mujeres, identificó que las mujeres embarazadas sin depresión con altas puntuaciones de neuroticismo tenían casi cuatro veces mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos a las 6 semanas y 6 meses después del parto. (20)

Asimismo, los antecedentes de salud mental familiares y personales tienen una gran importancia a la hora de determinar los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales durante el puerperio. (21)

En este sentido Rojas et al 2010 (22), analizaron 440 puérperas deprimidas en el posparto durante un ensayo clínico aleatorizado, el 31% de las mujeres manifestó haber tenido depresión previa y el 64,2% refería tener antecedentes familiares de depresión. Igualmente, el estudio realizado por Silva et al 2012 (23) en Brasil, estableció que de 1019 mujeres participantes el 20,5% tenía antecedentes de depresión prenatal, así como también se relacionó la historia familiar de trastornos psicológicos/psiquiátricos con un mayor riesgo de depresión posparto ($p = 0,046$). (22) (23)

Por otro lado, hay que mencionar que varios estudios realizados señalan la relación entre la depresión y ansiedad prenatal como factores de riesgo para el desarrollo de DPP (6). Con respecto a esto, Koutra et al 2014 (24) analizaron la relación existente entre ansiedad, depresión prenatal y depresión posparto en 438 mujeres griegas, se les aplicó el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAIT) y la EPDS antes y después del parto para detectar depresión, concluyendo que un incremento de 5 puntos en STAIT aumenta en un 70% las probabilidades de DPP mientras que el incremento de un punto en EPDS aumenta las posibilidades en un 27%. (24)

Del mismo modo, Elisei et al 2013 (25) en su estudio llevado a cabo en Italia con una muestra de 85 puérperas, determinó que la prevalencia de DPP es mayor en aquellas mujeres con ansiedad antenatal, reflejadas por la puntuación en el ítem 4 de la escala de valoración de Edimburgo, y depresión anteparto, más concretamente en aquellas con una puntuación entre 9-14 en EPDS. (25)

Algo semejante se observa en el estudio de casos y controles (n: 204) realizado en Finlandia por Kettunen et al 2014 (26), en el que se aplicó en primer lugar la EPDS y posteriormente se confirmó la existencia de DPP mediante los criterios establecidos por el DSM-IV. Se determinó que en las puérperas deprimidas había un mayor porcentaje de historial de depresión 81,7% frente a un 30,8% en el grupo control. (26)

Todos estos hallazgos se relacionan también con los resultados encontrados en el estudio ejecutado en Recife-Brasil por Cantilino et al 2010 (27), en el que se aplicó un cuestionario sobre factores biopsicosociales y se realizó la entrevista semiestructurada según los criterios de DSM-IV para el diagnóstico de DPP, se encontró que el 7,2% tenía depresión posparto y se asoció significativamente con los antecedentes de trastornos psiquiátricos ($p < 0.001$) y con el historial de trastornos psiquiátricos en la familia ($p = 0.001$). (27)

Finalmente, en la investigación llevada a cabo por Davey et al 2011 (28) se analizaron 27 posibles factores de riesgo para la depresión posparto en una muestra de 1403 mujeres canadienses, se obtuvo un porcentaje para DPP subclínica del 6.5% y 4.5% para DPP mayor basándose en las puntuaciones de EPDS. Se encontró que los antecedentes de depresión personales son un factor predictivo en ambos casos de DPP ($p < 0.001$), sin embargo, no se encontró asociación significativa entre la depresión posparto subclínica o mayor y los antecedentes de depresión en la familia ($p > 0.05$). (28)

6.3. Factores socioeconómicos

En las investigaciones acerca de la depresión posparto y sus determinantes, se han estudiado múltiples factores socioeconómicos, culturales y demográficos. Durante la investigación de Rojas et al 2010 (22) se analizó el estado civil, educación, apoyo familiar, planificación del embarazo entre otros. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres deprimidas no tenían un trabajo remunerado (82%), tenían educación media (72.7%), el embarazo no fue planificado (62.5%) y carecían de ayuda para el cuidado del bebé (59,4%), dichos resultados muestran una asociación directa con la depresión posparto. (22)

En relación a esto, el ensayo clínico realizado por Goyal et al 2010 (29) con 198 en madres primíparas, evaluó el nivel socioeconómico y su relación con la depresión posparto teniendo en cuenta los ingresos mensuales, educación, empleo y estado civil, se evidenció que el nivel socioeconómico es un factor predictivo significativo de DPP ($p < 0.001$) aumentando casi 11 veces las probabilidades de desarrollar DPP. A su vez, Silva et al 2012 (23) encontraron que el bajo nivel socioeconómico ($p = 0,002$) y la falta de pareja estable ($p = 0.026$) intervienen como factor de riesgo para el desarrollo de DPP. (23) (29)

Hay que mencionar, además, el estudio de Dolbier et al 2013 (30) en el que se analiza la relación entre la raza, el nivel socioeconómico y la depresión posparto en una muestra de 299 mujeres rurales, se evidenció que la raza no fue un predictor significativo de DPP, sin embargo, la percepción subjetiva del nivel socioeconómico de las mujeres es un predictor consistente. (30)

Por otra parte, en el estudio en el que participaron 100 puérperas venezolanas, Urdaneta et al 2011 (31), demostraron una asociación significativa entre las mujeres con falta de apoyo de su pareja ($p < 0.001$) y falta de apoyo familiar ($p < 0.05$), además un nivel educativo primario o inferior aumentó 7 veces el riesgo de DPP ($p < 0.001$). (31)

En contraposición, la investigación realizada por Cantilino et al 2010 (27), mostró una mayor prevalencia de DPP en aquellas mujeres cuyo embarazo no fue deseado, por otra parte, al comparar las mujeres deprimidas con las no deprimidas, no se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad, estado civil, nivel de educación e ingresos familiares. De igual forma, Guedes et al 2011 (10) evaluaron la depresión posparto en una muestra de 146 madres de las cuales el 31.5% mostró resultados de EPDS compatibles con depresión posparto, después de analizar los datos se halló una relación significativa entre la relación de pareja estable y DPP ($p=0,004$), si bien, la edad, el estado civil, educación e ingresos no mostraron significancia. (10) (27)

Cabe mencionar el estudio de Dois et al 2012 (32) realizado en Chile con una muestra de 105 púerperas, en el que se analizaron las variables mencionadas anteriormente además del APGAR familiar, elemento que mide la disfuncionalidad familiar, sus resultados muestran que en presencia de un APGAR familiar bajo, los otros factores relacionados con la depresión posparto no tienen asociación significativa. (32)

Entre los 27 factores analizados por Davey et al 2011 (33), los únicos factores sociodemográficos con significancia en el desarrollo de DPP fueron haber nacido fuera de Canadá y tener una baja percepción de autoeficacia del cuidado del bebé (28). Otro estudio realizado por Horowitz et al 2011 con una muestra de 5169 mujeres determinó por medio de la entrevista clínica semiestructurada del DSM- IV (SCID en inglés) que 185 mujeres tenían DPP, pero no se halló significancia para factores analizados como edad, paridad, educación o raza. (33)

En relación al lugar de residencia, la investigación realizada por Vigod et al 2013 (34) estudia la relación entre la depresión posparto y vivir en un área urbana o rural, para ello, seleccionó una muestra de 6126 mujeres canadienses en la que la prevalencia de DPP fue del 7,47% y tras el análisis de la puntuación de EPDS se encontró que las mujeres que habitan en zonas urbanas grandes se encuentra en mayor riesgo de DPP que las mujeres que habitan en ciudades más pequeñas o en áreas rurales. (34)

Otro factor de riesgo menos estudiado en el desarrollo de depresión posparto es la violencia de género. El estudio realizado por Beydoun et al 2010 (35) evaluaron el efecto de la violencia de género en la depresión, utilizando una muestra de 6421 mujeres canadienses, los resultados mostraron que aproximadamente el 11% de las mujeres experimentó algún tipo de violencia de género durante el embarazo, casi el 18% de las mujeres que experimentaron maltrato en los últimos dos años sufrió de depresión posparto, y las

probabilidades de tener DPP se asocian significativamente con la violencia de género cuando ésta es perpetrada por el cónyuge. (35)

Por último, cabe mencionar el estudio de Jackson et al 2015 (36) analiza la relación de la violencia de género y la depresión en una muestra de 320 mujeres México-americanas. El 15.9% refirió haber sufrido de violencia de género antes o durante del embarazo, a las 15 semanas posparto se evaluaron los síntomas de DPP y se encontró que el historial de violencia de género está asociado positivamente con los síntomas depresivos ($p < 0.001$). (36)

7. METODOS DE DETECCIÓN

Tras la revisión de los artículos seleccionados, se han podido identificar diversas escalas para la detección de depresión posparto. En la revisión bibliográfica realizada por Wylie et al 2010 (37), el análisis de 135 artículos relacionados con la depresión posparto, establece la EPDS como la principal herramienta de detección utilizado por profesionales de la salud en el Reino Unido siendo una herramienta de diagnóstico eficaz, aunque su sensibilidad, especificidad y capacidad de predicción depende de puntos de corte elegido. Además, el ensayo clínico realizado en Australia por Kernot et al 2015 (38) analizó la fiabilidad test-retest de la escala de valoración de Edimburgo en 118 mujeres, se encontró que los resultados entre prueba y prueba tienen una alta correlación (Intervalo de confianza= 0.92), indicando que es un elemento con propiedades psicométricas fiables para la utilización en la práctica clínica y la investigación. (37) (38)

El estudio realizado por De Figueiredo et al 2015 (39) estudió la validez de la aplicación de la EPDS vía telefónica como herramienta para la evaluación clínica y de investigación, se seleccionó una muestra de 1083 mujeres de las cuales 257 reportaron una puntuación >10 en la escala, el diagnóstico se confirmó en 90 mujeres mediante el SCID. La escala de Edimburgo, aplicada vía telefónica, con una puntuación de corte igual o mayor a diez tuvo una sensibilidad del 72.2% y especificidad del 71,6%. (39)

Asimismo, en el estudio de Wylie et al 2010 (37), queda plasmado el reconocimiento de las sub-escalas dentro de un instrumento como la EPDS, dichas escalas pueden aumentar la eficiencia del cribado de DPP o detectar otros trastornos como la ansiedad. En este sentido, cabe mencionar la investigación de Venkatesh et al 2014 (40) en la se realizó un estudio con 106 adolescentes primíparas para evaluar la EPDS y dos subescalas, EPDS-7 y EPDS-2, que evalúan los síntomas depresivos y el estado general de salud respectivamente, tras evaluar estos elementos se comprobó que la EPDS (>9) y EPDS-7 (>7) tenían una

sensibilidad mayor al 90% y una especificidad 96%. De igual manera se determinó que la subescala EPDS-2 tiene una sensibilidad del 87% y especificidad del 83%. (37) (40)

Por otra parte, el estudio de efectividad basado en la práctica realizado en Estados Unidos por Yawn et al 2012 (41) analizó varias intervenciones para el cribado, la evaluación y la gestión de la depresión posparto en 2343 mujeres controladas en atención primaria, dentro de las prácticas evaluadas, se aplicó la EPDS y el cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-9) en lugar del SCID para realizar el diagnóstico de las mujeres deprimidas, con el objetivo de poder hacer el seguimiento de esta patología en los centros de atención primaria. Tras la comparación de los resultados maternos, el diagnóstico mediante estos instrumentos, se asoció positivamente con mejores resultados ($p=0.03$). (41)

Chaudron et al 2010 (42), seleccionaron una muestra de 198 puérperas para evaluar la exactitud de la EPDS, BDI, y PDSS para identificar el trastorno depresivo mayor y menor. Las tres herramientas analizadas resultaron ser óptimas para la detección depresión (Área bajo la curva AUC >0.8). (42)

Por lo que se refiere la perspectiva de los profesionales sanitarios sobre la utilización de métodos de cribado para la depresión posparto, Chadha-Hooks et al 2010 (43) evaluaron las estrategias para el cribado de DPP, para ello se encuestaron 257 profesionales sanitarios, en dicha encuesta, se puntuó de 0 a 5, el conocimiento de tres escalas de cribado para esta patología Escala de valoración de Edimburgo, Escala de cribado de depresión posparto, y el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9). En general, el nivel de familiaridad con las tres escalas de cribado fue muy baja (Media: 1.62 y Desviación estándar: 0.89), siendo los ginecólogos, los profesionales más familiarizados con los tres métodos analizados. (43)

En el estudio cualitativo de Glavin et al 2010 (44) se entrevistaron 11 enfermeras de salud pública con conocimiento sobre la depresión posparto. Las enfermeras consideraron que la formación recibida les proporcionó mayor confianza para dar apoyo a los padres en el tema de salud mental. Además, evaluaron la EPDS como un elemento fácil de puntuar y completar, lo que les permitió detectar más casos de DPP que antes. (44)

Finalmente, se encontró un estudio realizado por Segre et al 2010 (45), en el que se comprobó la aceptabilidad de un modelo en el que las enfermeras realizaran el cribado y asesoramiento de la depresión posparto. La muestra se compuso de 823 mujeres, y más del 90% estuvo de acuerdo con que la enfermera realizara la detección y consideró necesario que realizara el asesoramiento sobre la depresión posparto. (45)

8. DISCUSIÓN

Tras la revisión de los artículos recopilados para nuestro trabajo es posible establecer varios aspectos relacionados con la depresión posparto. Es relevante mencionar que la muestra seleccionada contenía estudios realizados en diferentes países y con una gran diversidad de tamaño de muestra. La muestra más amplia fue compuesta por 6421 mujeres y la más pequeña se redujo a 11. Sin embargo, la mayoría de los estudios coincidía en sus resultados.

La depresión posparto es una enfermedad de etiología multifactorial. Así, distintos aspectos de la esfera biológica, psicológica y la social pueden ser determinantes para el desarrollo de depresión durante el puerperio. Como se mencionó anteriormente, los estrógenos, la progesterona y la oxitocina, son sustancias que tiene un papel importante no sólo a nivel reproductivo y sexual, sino que también influyen de una manera u otra en el bienestar emocional de la mujer.

Se plantean diversas hipótesis sobre la relación de los mecanismos hormonales y la depresión posparto. Algunos estudios, destacan la existencia de un grupo de mujeres especialmente sensibles a los cambios en los niveles de hormonas reproductivas, e incluso señalan la probabilidad de la existencia de un fenotipo vulnerable en cuanto al desarrollo de depresión posparto se refiere. No obstante, hay que tener en cuenta los diferentes métodos para determinar la vulnerabilidad hormonal, puesto que algunos comparan los niveles hormonales en mujeres deprimidas vs no deprimidas, otros analizan las fluctuaciones durante el embarazo y puerperio y en algunos casos se comparan los cambios en la sintomatología depresiva tras la administración de estas hormonas como tratamiento. Estas diferencias dificultan el establecimiento objetivo del grado de implicación del proceso hormonal en la DPP.

Por otra parte, según lo observado en esta investigación, los aspectos psicosociales tienen una gran importancia en la patogénesis de depresión. En este sentido, a expensas de determinar una posible depresión posparto, los factores biológicos deben examinarse conjuntamente con el aspecto socioeconómico y psicológico.

Por otro lado, la historia de depresión ya sea a nivel personal o familiar destacó, en la mayoría de los estudios analizados, como un potente factor de riesgo, lo que refuerza el concepto de que las mujeres con trastornos emocionales tienen un mayor riesgo de volver a presentar nuevos episodios de depresión en los siguientes pospartos. Aunque existe la posibilidad de que la información basada en la entrevista de las mujeres obtenida acerca de

la relación entre cuadros depresivos anteriores y el actual, se ve distorsionada por el estado anímico de la paciente.

La llegada de un bebé a la familia representa una etapa de prueba para la mujer, durante los primeros meses de maternidad se ve sometida a una gran presión social ya que la atención de las personas que le rodean se centra en el bienestar del bebé y en que la madre cumpla correctamente con las funciones esperadas. En estas circunstancias la mujer se ve presionada para alcanzar las expectativas de su nuevo rol, desarrollando un sentimiento de ineptitud. Teniendo en cuenta que cuando una persona se enfrenta a algo desconocido y que representa un cambio radical para su vida, el apoyo familiar y de su pareja cobra una gran relevancia, algunos autores coinciden en que la falta de apoyo familiar y relación de pareja estable representan un fuerte factor de riesgo, aumentando notablemente la probabilidad de desarrollar DPP.

Otro factor determinante frecuentemente examinado en los estudios es el nivel socioeconómico. Desde el embarazo, las mujeres con bajo nivel socioeconómico están en desventaja en referencia a los recursos que tienen para acceder a los diferentes requerimientos para tener un embarazo y un posparto adecuados. Independientemente de la forma de afrontar la maternidad, el bajo nivel socioeconómico supone un estrés añadido ya que el nacimiento de un hijo trae también una responsabilidad económica. Todas estas observaciones se relacionan con estudios en los cuales se identifica el nivel bajo de ingresos, bajo nivel educativo, falta de trabajo y falta de pareja estable como un factor significativamente predictivo de depresión posparto.

En contraposición, cabe señalar que algunos autores plantean que el problema real radica en la percepción que tienen de sí mismas las mujeres de bajo nivel socioeconómico para cuidar a sus bebés, es decir, aquellas mujeres que se ven como menos favorecidas en términos de ingresos, educación y empleo, experimentan una mayor angustia porque tienen más baja autoestima y se sienten incapaces de proporcionar los recursos adecuados a su hijo. A su vez, las mujeres con síntomas depresivos pueden percibir más negativamente su situación socioeconómica.

Actualmente, la prevalencia de depresión posparto a nivel mundial, se sitúa en torno a un 10-20%. Sin embargo, este porcentaje puede variar en función de los criterios de detección y las características de la muestra analizada. En nuestra investigación encontramos que el menor porcentaje de prevalencia fue 7.2% mientras que el mayor fue 31,6%.

En cuanto a los métodos de detección, tras la investigación llevada a cabo se evidencia que existen varios métodos para el cribado de depresión posparto. Cabe mencionar, que la

validez de dichos elementos se basa en la comparación con el patrón de referencia o Gold Standard: La entrevista semiestructurada, mediante la cual se realiza el diagnóstico de los trastornos mentales establecidos en el DSM-IV.

La escala de valoración más utilizada actualmente es la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. Este método fue diseñado por Cox et al en 1987 para evaluar exclusivamente el grado de depresión en mujeres después del parto. Dicha escala, posteriormente ha sido validada en multitud de países entre ellos, España.

La EPDS se compone de 10 ítems que evalúan los posibles síntomas de la última semana, cada ítem puede tener una puntuación de 0 a 3 siendo 30 el máximo resultado. Se ha observado que la puntuación de corte para un resultado indicativo de DPP puede variar desde 9 puntos a 13 puntos. En España, el punto de corte establecido para la sospecha de depresión posparto es > 10 . Esta variación en la puntuación de corte podría deberse a las diferencias socioculturales de la población que se criba. (Ver anexo 1)

Si bien, este método ha demostrado ser efectivo en la detección de depresión posparto, su capacidad predictiva está supeditada a la puntuación de corte establecida, limitando su valor predictivo, razón por la cual algunos autores recomiendan su uso junto con el cuestionario de salud general ya que se aumenta el valor predictivo positivo. Este cuestionario, evalúa la presencia de síntomas depresivos correspondientes a los reflejados en el DSM-IV, durante las dos últimas semanas, cada ítem se puede evaluar de 0 a 3 y dependiendo del puntaje obtenido se puede determinar la severidad del cuadro depresivo. Esta herramienta fue desarrollada para su uso en atención primaria donde se requieren métodos efectivos que se puedan aplicar de forma rápida y tiene una sensibilidad aceptable para la detección de trastornos depresivos.

Otra de las herramientas utilizada es el inventario de depresión de Beck (BDI)-II, un cuestionario de 21 ítems que evalúa aspectos cognitivos, afectivos, somáticos y síntomas conductuales en la depresión, la puntuación de corte varía en relación a la severidad de la posible depresión. Ha sido validado en España y es ampliamente utilizado para el cribado de depresión en personas con trastornos psicológicos. No obstante, es necesario evaluar su efectividad en atención primaria y poblaciones tales como jóvenes, ancianos y en este caso también en mujeres en periodo puerperal.

Por otra parte, la escala de cribado de depresión posparto (PDSS) consta de 35 apartados que evalúan el estado físico y emocional en la adaptación de la mujer posparto cuya puntuación varía de 0 a 175 puntos, a partir de una puntuación mayor a 80, se considera significativa para DPP. Ha sido comparado con el BDI y la EPDS mostrando una mayor

sensibilidad y especificidad ya que puede detectar alteraciones del sueño, cognitivas y emocionales, signos importantes en la depresión posparto. Sin embargo, llama la atención que en los estudios seleccionados es muy poco utilizada, posiblemente debido a su extensión, puesto que resulta poco práctica para ser utilizada en atención primaria y en los estudios epidemiológicos al tiempo que podría resultar difícil su cumplimentación por parte de las madres evaluadas.

Es de gran relevancia mencionar que algunos de los estudios seleccionados, además de evaluar las escalas de medición para la depresión posparto, evaluaron también la realización del cribado de este problema en atención primaria y por parte del personal de enfermería. En relación a esto, el estudio basado en la práctica fue diseñado para conseguir que la evaluación y seguimiento de las mujeres con depresión posparto fuera dentro de la práctica de atención primaria. Los resultados de dicho estudio evidencian que las prácticas en atención primaria permiten una mayor detección de casos y mejores resultados en el manejo de DPP.

Por otra parte, en cuanto a la actuación de enfermería en el cribado de la depresión posparto, es de destacar que el personal de enfermería tiene la capacidad de realizar un cribado basándose en las escalas antes mencionadas, dada la cercanía de la relación con los pacientes, lo que facilitaría el proceso de detección de depresión posparto a tiempo para poder dar una respuesta óptima a las necesidades de las mujeres.

Esta revisión cuenta con ciertas limitaciones, la más relevante, hace referencia a la escasa investigación sobre la depresión posparto en España. Han sido pocos los estudios publicados sobre la prevalencia de la enfermedad, así como de los factores de riesgo y los métodos para su detección. Esto representa una barrera ya que como se ha podido ver, los factores sociodemográficos son determinantes.

Además, la medición de la depresión fue variable. Algunos autores evaluaban la DPP dentro de las dos primeras semanas con lo cual, los resultados podrían estar condicionados por la tristeza posparto, que como mencionamos anteriormente, es un periodo de labilidad emocional que cede dentro de las primeras cuatro semanas del puerperio. Por otra parte, algunos estudios evaluaron la depresión posparto hasta un año después, resultados que también pueden estar relacionados conjuntamente con otras situaciones y no exclusivamente con el periodo puerperal.

9. CONCLUSIONES

El embarazo y el puerperio tienen una gran importancia, durante estas etapas ocurren una serie de cambios trascendentales a nivel biológico, psicológico y social en un periodo de tiempo relativamente corto. Desde la infancia, la mujer va interiorizando el rol de ser madre y muchas veces se forma una percepción idealizada de la maternidad que no siempre se experimenta de esta manera. En esta situación la mujer se ve enfrentada a un gran estrés emocional por no poder cumplir con las expectativas pautadas para una madre, apareciendo un trastorno en su salud mental, que le impide mejorar su situación y formar un vínculo adecuado con su bebé. Respecto a esto, los estudios relacionados con los rasgos de la personalidad soportan la investigación sobre la vulnerabilidad que tienen las mujeres con neuroticismo, ya que este rasgo aumenta la posibilidad de desarrollar un episodio depresivo después de evento tan relevante como lo es dar a luz.

Conviene subrayar que la violencia de género es un problema grave que incluye maltrato físico, sexual, emocional, abuso financiero, control, etc. Pese a que la violencia de género en cualquier momento de la vida es devastadora, el maltrato durante el embarazo representa una situación particularmente negativa para la madre y el bebé.

Tras la información recabada en la presente revisión, es necesario recalcar la magnitud de la depresión posparto tanto en la formación del nuevo núcleo familiar, el bienestar de la madre, así como en el bienestar del hijo. Este problema interfiere de forma directa en la formación del vínculo de apego entre la madre y el bebé, lo que posteriormente puede acarrear problemas de comportamiento, autoestima y en el establecimiento de lazos emocionales en el futuro, así como el infanticidio o el suicidio en casos más extremos. En este contexto, la detección de la depresión posparto resulta imprescindible para evitar consecuencias negativas a largo plazo.

La heterogeneidad de los estudios seleccionados, nos permitió obtener una información holística sobre los condicionantes y los métodos de cribado para la depresión posparto. Los factores de riesgo relacionados con la aparición de la depresión posparto son tanto biológicos, psicológicos y sociodemográficos e interactúan entre sí en la etiología de DPP, teniendo una relación más significativa los antecedentes de depresión y la red de apoyo con la que cuenta la mujer durante el periodo del puerperio. (Ver tabla 5)

Factores biológicos	Factores psicológicos	Factores socioeconómicos
<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones en los niveles de estrógenos, progesterona y oxitocina • Fenotipo sensible a cambios hormonales • Antecedentes de SPM y TDPM • Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de personalidad • Antecedentes de depresión familiares o personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel socioeconómico (Nivel de estudios, Estado civil, Ingresos económicos) • Red de apoyo familiar y conyugal • Lugar de residencia • Violencia de género • Autoconcepto y capacidad de cuidado del bebé

Tabla 5. Factores de riesgo para la depresión posparto. Elaboración propia. Mayo 2016.

En cuanto a los métodos de detección para DPP destaca la escala de valoración de Edimburgo, elemento que ha demostrado ser eficiente para detectar posibles casos de depresión posparto. En España, esta escala está validada y se ha establecido una puntuación de corte basándose en las características epidemiológicas de la población española lo que justifica el uso de esta escala en la detección precoz de depresión posparto. Además, su administración resulta fácil y rápida por lo que tras la revisión realizada considero que es la herramienta más adecuada para la valoración de depresión.

Por otra parte, es fundamental la importancia de la atención primaria dentro del sistema de salud. En el primer nivel de salud debe realizarse la promoción, prevención, los cuidados y la asistencia centrada en la persona, la integración y la continuidad asistencial para que los pacientes y los profesionales sanitarios puedan construir una relación sólida y de confianza en pro de una asistencia sanitaria eficaz. Es en este ámbito de confianza donde el profesional sanitario debe realizar la identificación de los factores de riesgo, así como la aplicación de métodos de detección precoz en mujeres que posiblemente presenten un cuadro de depresión posparto con el fin de facilitar la correcta canalización de estas pacientes para su correcto tratamiento.

10. REFLEXIONES Y APORTACION PERSONAL

A lo largo de la historia se le ha dado una gran importancia a la maternidad, muchas veces condicionando la realización personal al hecho de ser madre. En general, se tiende a pensar que las mujeres que acaban de dar a luz están en el mejor momento de su ciclo vital, sobre todo si el bebé está bien. Esta percepción, da lugar a la formación de estereotipos que limitan de tal forma el comportamiento de la mujer que hacen se sienta culpable por no cumplir con lo establecido como “normal” por la sociedad.

En cierto modo, la depresión posparto constituye un tabú y a menudo se le quita importancia a las emociones de la mujer, atribuyéndole su estado a los cambios hormonales o con

frecuencia generando la impresión de querer llamar la atención. Esta situación, puede ir empeorando y desencadenar consecuencias graves como el suicidio o el infanticidio, sin mencionar el maltrato infantil o la formación de familias desestructuradas en las que, a la larga, el que más sufre es el niño.

La instauración del vínculo de apego entre madre-hijo constituye un elemento fundamental en el establecimiento de la autoestima de una persona, siendo imprescindible que las dos partes reciban la atención necesaria que este proceso se lleve a cabo adecuadamente. En este aspecto, el papel de enfermería cobra una importancia fundamental dada la relación terapéutica que se forja en el ámbito de la atención primaria.

El ejercicio de la enfermería está regulado por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Está dentro de las funciones de enfermería participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades y de la educación sanitaria.

Actualmente la depresión posparto es un tema al que se le da poca importancia, llama la atención que los estudios respecto a esta enfermedad en España, y más concretamente en el País Vasco, así como la información que tienen los profesionales sanitarios es muy limitada. Por tal motivo, tras la realización de este trabajo, se hace visible la necesidad de llevar a cabo una investigación de la prevalencia y los factores de riesgo en una muestra de mujeres vascas, para así mismo poder establecer un protocolo de actuación ante la depresión posparto atendiendo las peculiaridades socioculturales.

La depresión posparto representa un amplio campo de actuación para la enfermería desde la promoción y prevención de la salud, hasta el acompañamiento durante este delicado proceso. El primer eslabón de actuación de enfermería es la valoración del problema, identificando aquellas mujeres que estén en riesgo de presentar una posible depresión posparto. La matrona tiene un papel importante a la hora de realizar dicha valoración, sin embargo, muchas mujeres finalizan los controles antes de que pueda sospecharse de una posible depresión posparto. Por tal motivo, es necesario buscar otros ámbitos donde pueda realizarse la detección del problema.

En este contexto, la consulta de enfermería durante el control del recién nacido representa la oportunidad idónea para valorar la adaptación de la madre a su nuevo rol. Durante estas sesiones, es posible observar multitud de componentes que nos pueden alertar sobre la existencia de un problema. Muchos de los factores de riesgo observados en esta revisión narrativa se pueden evaluar durante dichas consultas. La relación de cercanía con la madre

facilita la identificación de factores tales como: El apoyo familiar, el nivel socioeconómico, la adaptación de la madre al hijo, así como los síntomas que presiden la depresión posparto.

Posteriormente, ante la captación de mujeres con factores de riesgo y síntomas se hace indispensable realizar un cribado. Para ello, es necesario educar a nuestro personal de enfermería para la utilización de escalas de valoración del problema, tras la revisión llevada a cabo se recomienda utilizar la Escala de valoración de Edimburgo, puesto que es un elemento fiable y validado en nuestro país, además de ser práctico para la aplicación clínica.

Las presentes recomendaciones precisan que se establezca un protocolo de actuación ante la depresión posparto, que abarque desde la prevención de esta enfermedad hasta la ejecución de acciones para su tratamiento. He aquí la importancia de establecer un plan de atención de enfermería con el fin brindar cuidados centrados en las necesidades de salud mental de las madres que presenten una posible sintomatología depresiva o estén atravesando por una depresión.

A nivel personal, llevar a cabo el trabajo de fin de grado supuso un reto para el cual tuve que establecer un método de trabajo constante y riguroso con el fin de lograr mi objetivo en el tiempo establecido, previendo posibles obstáculos. Esta experiencia me aporta un aprendizaje que puedo extrapolar a otras áreas de mi vida profesional.

Por otra parte, durante la realización de este trabajo tuve la oportunidad de comprender la importancia que tiene la evidencia científica en la aplicación práctica. En el ámbito sanitario es fundamental que las acciones llevadas a cabo estén basadas en la evidencia, sin lugar a duda la gestión de los cuidados de la salud requiere una serie de conocimientos para brindar unos cuidados seguros y de calidad con el fin de satisfacer las necesidades de las personas. Las prácticas de enfermería basadas en la evidencia permiten establecer conocimientos propios e independientes de la práctica médica, lo que le confieren a la profesión un mejor posicionamiento.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la organización mundial de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948 [Acceso el 25 de enero de 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/36853/1/9243602519.pdf>
2. Dennis C, Dowswell T. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión posparto. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI: 10.1002/14651858.CD001134
3. Suárez-Varela, I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. Nure Inv [Internet]. 2012 [Acceso el 19 de enero de 2016]; 9 (60): 1-21. Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/594>
4. Oviedo GF, Jordán V. Trastornos afectivos postparto. Universitas médica [Internet]. 2006 [Acceso el 9 de enero de 2016]; 47 (2): 131-138. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/3%20Transtorno%20posparto.pdf>
5. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2013 [Acceso el 9 de enero de 2016]; 27 (3): 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
6. Lorenzo-Veigas AM, Soto- González M. Factores de riesgo de la depresión postparto. Fisioterapia [Internet]. 2014 [Acceso el 25 de enero de 2016]; 36(2):87-94. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-121588>
7. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [Acceso el 12 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
8. Asamblea Mundial de la Salud, 64. Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 [Acceso el 12 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/5226>
9. Ascaso C, Garcia LI, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona J. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Med Clin [Internet]. 2003 [Acceso el 25 de enero de 2016]; 120(9):326-

329. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303736926>
10. Guedes AC, Kami C, Cavalli L, Nicolaou S, Hess V, Maluf E. Depressão pós-parto: incidência e fatores de risco associados. *Rev Med [Internet]*. 2011 [Acceso el 2 de febrero de 2016]; 90(3):149-54. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-747280>
 11. Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR. The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectr [Internet]*. 2015 [Acceso el 18 de febrero de 2016]; 20(1): 48-59. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-25263255>
 12. López-Ramírez CE, Arámbula-Almanza J, Camarena-Pulido EE. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. *Ginecol Obstet Mex [Internet]*. 2014 [Acceso el 4 de febrero de 2016]; 82: 472-482. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147f.pdf>
 13. Gordon I, Zagoori-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biol Psychiatry [Internet]*. 2010 [Acceso el 10 de febrero de 2016]; 68(4): 377–382. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322310001204>
 14. Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH, Meinlschmidt G. Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology [Internet]*. 2011 [Acceso el 26 de febrero de 2016]; 36(9): 1886-1893. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21562482>
 15. Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry [Internet]*. 2000 [Acceso el 11 de enero de 2016]; 157: 924–930. Disponible en:
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.157.6.924>
 16. Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand [Internet]*. 2013 [Acceso el 10 de febrero de 2016]; 92(2):178-184. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157487>
 17. Marques M, Bos S, Soares MJ, Maia B, Pereira AT, Valente J, Gomes AA, Macedo A, Azevedo MH. Is insomnia in late pregnancy a risk factor for postpartum depression/depressive symptomatology? *Psychiatry Res [Internet]*. 2011 [Acceso el

- 26 de enero de 2016]; 186 (2-3):272-280. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20638730>
18. Marín- Morales D, Carmona F, Peñacoba-Puente C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. *An psicol* [Internet]. 2014 [Acceso el 26 de enero de 2016]; 30(3): 908-915. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-126131>
19. Martín-Santos R, Gelabert E, Subirà S, Gutierrez-Zotes A, Langorh K, Jover M, Torrens M, Guillamat R, Mayoral F, Canellas F, Iborra JL, Gratacos M, Costas J, Gornemann I, Navinés R, Guitart M, Roca M, DE Frutos R, Vilella E, Valdés M, Esteve LG, Sanjuan J. Research letter: is neuroticism a risk factor for postpartum depression? *Psychol Med* [Internet]. 2012 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 42(7):1559-1565. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22622082>
20. Iliadis SI, Koulouris P, Gingnell M, Sylvén SM, Sundström-Poromaa I, Ekselius L, Papadopoulou FC, Skalkidou A. Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015 [Acceso el 1 de febrero de 2016]; 18 (3):539-546. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25369905>
21. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [Acceso el 28 de enero de 2016]; 175: 34-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25590764>
22. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto 2010. *Rev Med Chil* [Internet]. 2010 [Acceso el 4 de febrero de 2016]; 138(5): 536-42. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20668807?lang=es>
23. Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, Horta B, Pinheiro R. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2012 [Acceso el 26 de enero de 2016]; 34: 143-148. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-22729409>
24. Koutra K, Vassilaki M, Georgiou V, Koutis A, Bitsios P, Chatzi L, Kogevinas M. Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2014 [Acceso el 1 febrero de 2016]; 49 (5):711–721. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963406>

25. Elisei S, Lucarini E, Murgia N, Ferranti L, Attademo L. Perinatal depression: A study of prevalence and of risk and protective factors. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2013 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 25 Supl 2:258–262. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23995189>
26. Kettunen P, Koistinen E, Hintikka J. Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [Acceso el 26 de enero de 2016]; 14:402. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25491477>
27. Cantilino A, Zambaldi Carla, Albuquerque T, Paes J, Montenegro AC, Sougey E. Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 59(1): 1-9. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-547623?lang=es>
28. Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Matern Child Health J* [Internet]. 2011 [Acceso el 30 de enero de 2016]; 15(7):866-875. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010516867&DocumentID=CN-00813697>
29. Goyal D, Gay C, Lee KA. How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues* [Internet]. 2010 [Acceso el 29 de enero de 2016]; 20(2):96-104. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20133153>
30. Dolbier CL, Rush TE, Sahadeo LS, Shaffer ML, Thorp J; Community Child Health Network Investigators. Relationships of race and socioeconomic status to postpartum depressive symptoms in rural African American and non-Hispanic white women. *Matern Child Health J* [Internet]. 2013 [Acceso el 26 de enero de 2016]; 17(7):1277-1287. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22961387>
31. Urdaneta José, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Rev chil obstet ginecol* [Internet]. 2011 [Acceso el 27 de enero de 2016]; 76(2): 102-112. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-592085>

32. Dois A, Uribe C, Villarroel L, Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Rev Med Chil* [Internet]. 2012 [Acceso el 25 de enero de 2016]; 140(6): 719-725. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-649841>
33. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2011 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 40(1):52-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21121945>
34. Vigod SN, Tarasoff LA, Bryja B, Dennis CL, Yudin MH, Ross LE. Relation between place of residence and postpartum depression. *CMAJ* [Internet]. 2013 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 185(13):1129-1135. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23922346>
35. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2010 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 20(8):575-583. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20609336>
36. Jackson CL, Ciciolla L, Crnic KA, Luecken LJ, Gonzales NA, Coonrod DV. Intimate partner violence before and during pregnancy: related demographic and psychosocial factors and postpartum depressive symptoms among Mexican American women. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015 [Acceso el 1 de febrero de 2016]; 30 (4): 659-679. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24958135>
37. Wylie L, Hollins Martin CJ, Marland G, Martin CR, Rankin J. The enigma of post-natal depression: an update. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2011 [Acceso el 28 de febrero de 2016]; 18(1): 48-58. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-21214684>
38. Kernot J, Olds T, Lewis LK, Maher C. Test-retest reliability of the English version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015 [Acceso 28 de febrero de 2016]; 18(2):255-257. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25209355>
39. De Figueiredo FP, Parada AP, Cardoso VC, Batista RF, Silva AA, Barbieri MA, Cavalli RdeC, Bettiol H, Del-Ben CM. Postpartum depression screening by telephone: a good alternative for public health and research. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015 [Acceso el 28 de febrero de 2016]; 18(3):547-553. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380783>

40. Venkatesh KK, Zlotnick C, Triche EW, Ware C, Phipps MG. Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics* [Internet]. 2014 [Acceso el 26 de febrero de 2016]; 133 (1): 45-53. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010516867&DocumentID=CN-00980142>
41. Yawn BP, Dietrich AJ, Wollan P, Bertram S, Graham D, Huff J, Kurland M, Madison S, Pace WD, TRIPPD practices. TRIPPD: a practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. *Ann Fam Med* [Internet]. 2012 [Acceso el 7 de febrero de 2016]; 10(4):320-329. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010516867&DocumentID=CN-00840272>
42. Chaudron LH, Szilagyi PG, Tang W, Anson E, Talbot NL, Wadkins HI, Tu X, Wisner KL. Accuracy of Depression Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers. *Pediatrics* [Internet]. 2010 [Acceso el 28 de febrero de 2016]; 125(3): 609-617. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20156899>
43. Chadha-Hooks PL, Hui Park J, Hilty DM, Seritan AL. Postpartum depression: an original survey of screening practices within a healthcare system. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2010 [Acceso el 28 de febrero de 2016]; 31(3):199-205. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482291>
44. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nurs* [Internet]. 2010 [Acceso el 28 de febrero de 2016]; 27(3):255-262. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525098>
45. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Screening and Counseling for Postpartum Depression by Nurses: The Women's Views. *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2010 [Acceso el 28 de febrero de 2016]; 35(5): 280-285. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20706098>

ANEXO 1 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, **SUBRAYE** la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - Igual que siempre
 - Ahora, no tanto como siempre
 - Ahora, mucho menos
 - No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión
 - Igual que siempre
 - Algo menos de lo que es habitual en mí
 - Bastante menos de lo que es habitual en mí
 - Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
 - Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No muy a menudo
 - No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
 - No, en ningún momento
 - Casi nunca
 - Sí, algunas veces
 - Sí con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo
 - Sí, bastante
 - Sí, a veces
 - No, no mucho
 - No, en absoluto
6. Las cosas me han agobiado
 - Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
 - Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
 - No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien

- No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir
- Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, a veces
 - No muy a menudo
 - No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada
- Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante a menudo
 - No con mucha frecuencia
 - No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando
- Sí, la mayor parte del tiempo
 - Sí, bastante a menudo
 - Sólo en alguna ocasión
 - No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño
- Sí, bastante a menudo
 - A veces
 - Casi nunca
 - En ningún momento

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014 [Acceso el 27 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf