



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Titulación: Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Revisión bibliográfica sistemática

**“DEPRESIÓN POSPARTO:
REVISIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO”**

Estudiante: Carla Prieto García

Tutor: Dr. Ángel Luis Montejo González

Salamanca, Mayo 2020

Agradezco a mi tutor el Dr. Ángel Luis Montejo González, por haber sido mi guía y dedicarme parte de su tiempo.

A la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, por aportarme durante cuatro años enseñanzas y personas que recordaré toda la vida.

A mi madrina, por orientarme y motivarme en mi objetivo de ser enfermera.

Y sobre todo a mi familia, por su apoyo continuo e incondicional.

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	I
SUMMARY AND KEY WORDS	II
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ¿Qué es la depresión posparto?.....	1
1.2. Cuadro clínico.....	1
1.3. Historia.....	2
1.4. Consecuencias.....	2
1.5. Clasificación de los Trastornos Mentales Perinatales.....	3
1.5.1. Tristeza Posparto.....	4
1.5.2. Psicosis Posparto.....	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo principal:.....	5
2.2. Objetivo secundario:.....	5
3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS	5
4. SINTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	10
4.1. Modelo de Vulnerabilidad.....	10
4.1.1. Vulnerabilidad genética.....	10
4.1.2. Vulnerabilidad neurohormonal.....	11
4.1.2.1. Estrógenos y progesterona.....	11
4.1.2.2. Cortisol.....	11
4.1.2.3. Respuesta inflamatoria.....	11
4.1.2.4. Tiroiditis posparto.....	12
4.1.2.5. Melatonina.....	12
4.1.3. Vulnerabilidad cognitiva.....	12
4.2. Factores de riesgo.....	13
4.2.1. Antecedentes personales.....	13
4.2.1.1. Antecedentes de trastornos mentales.....	13
4.2.1.2. Síndrome premenstrual.....	13
4.2.1.3. Experiencias traumáticas en la infancia.....	13

4.2.2. Socioeconómicos.....	14
4.2.2.1. Edad.....	14
4.2.2.2. Acontecimientos vitales estresantes.....	14
4.2.2.3. Relación con la pareja/familia	14
4.2.3. Actividades obstétricas	15
4.2.3.1. Oxitocina sintética.....	15
4.2.3.2. Anestesia general	16
4.2.4. Lactancia materna	16
4.3. Prevención	17
4.4. Sistemas de detección precoz	18
4.4.1. Preguntas de Whooley.....	18
4.4.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....	18
5. CONCLUSIONES	19
6. BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXO 1: Preguntas de Whooley.....	24
ANEXO 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).	25
ANEXO 3: Cribado para la Detección de la Depresión Posparto	26

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DPP	Depresión Posparto
RN	Recién Nacido
LM	Lactancia Materna
PPP	Psicosis Posparto
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
TMP	Trastornos Mentales Posnatales
TPP	Tristeza Posparto
TEC	Terapia Electroconvulsiva
RB	Revisión Bibliográfica
EF	Estudio Fenomenológico
MAO-A	Monoaminoxidasa A
SNC	Sistema Nervioso Central
HHA	Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal
CRH	Hormona liberadora de Corticotropina
ACTH	Hormona liberadora de Adrenocorticotropina
IL	Interleucina
TNFα	Factor de Necrosis Tumoral alfa
T3/T4	Triyodotironina/Tiroxina
RO	Receptor de Oxitocina
EPDS	Edinburgh Posnatal Depression Scale

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La depresión posparto es hoy en día un problema de salud pública. Es la complicación obstétrica más frecuente. Afecta negativamente a la madre a nivel emocional, psicológico y físico, al recién nacido en su desarrollo cognitivo, conductual y emocional, así como al entorno de ambos.

Objetivo: La finalidad de este trabajo es describir los posibles factores de riesgo que aparecen en la literatura científica asociados a la aparición de la depresión posparto, con el fin de mejorar su atención y prevenir su posible aparición. Se pretende que las mujeres, su entorno y el personal sanitario, tengan la información necesaria para definir e identificar esta afectación, gracias a una adecuada educación para la salud.

Metodología: Revisión bibliográfica sistemática en las principales bases de datos científicas, páginas de asociaciones sanitarias y Bibliotecas de la Universidad de Salamanca.

Resultados: Los factores de riesgo con mayor incidencia en la depresión posparto son los antecedentes de depresión familiares y personales, las alteraciones hormonales, el estilo cognitivo negativo, los acontecimientos estresantes de la vida y la ausencia de apoyo social. La depresión posparto se puede eludir mediante medidas preventivas. El instrumento de tamizaje más utilizado es la Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).

Conclusión: El trabajo de la matrona y la enfermera es de vital importancia en el abordaje de la depresión posparto, deben conocer sus factores de riesgo y cómo prevenirlos, así como efectuar su detección precoz.

Palabras clave: *depresión posparto, mecanismos fisiopatológicos, factores de riesgo, prevención y detección precoz.*

SUMMARY AND KEY WORDS

Postpartum depression is now a public health problem. It's the most common obstetric complication. It negatively affects the mother on an emotional, psychological and physical level, the newborn in its cognitive, behavioral and emotional development, as well as the environment of both.

Objective: The purpose of this work is to describe the possible risk factors that appear in the scientific literature associated with the onset of postpartum depression, in order to improve the attention of this pathology and prevent its possible appearance. Women, their environment and health workers are intended to have the information they need to define and identify this affectation, thanks to adequate health education.

Methodology: Systematic bibliographic review in the main scientific databases, pages of health associations and Libraries of the University of Salamanca.

Results: The most incidenceal risk factors in postpartum depression include a history of family and personal depression, hormonal disturbances, negative cognitive style, stressful life events, and lack of social support. Postpartum depression can be circumvented by preventive measures. The most commonly used screening instrument is the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS).

Conclusion: The work of the midwife and nurse is of vital importance in addressing postpartum depression, they should know their risk factors and how to prevent them, as well as perform their early detection.

Keywords: *postpartum depression, pathophysiological mechanisms, risk factors, prevention and early detection.*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ¿Qué es la depresión posparto?

El embarazo y el puerperio son etapas de la vida de la mujer que suponen cambios a nivel bioquímico, hormonal, psicológico y social. Si a estos le añadimos el cambio de rol que debe asumir la madre para complacer las necesidades del recién nacido, el embarazo y el puerperio se convierten en periodos de alta vulnerabilidad ante la aparición de trastornos psíquicos. La mayoría de las mujeres, un 80%, sufren alguna alteración a nivel mental en estos periodos, pueden ir desde leves y transitorias como el sentimiento de tristeza, hasta graves y crónicas como pensamientos suicidas (1).

La depresión posparto (DPP) es un trastorno del estado de ánimo que afecta mayoritariamente a las mujeres, y en menor número a los hombres, después del parto. Es considerada la complicación obstétrica más común, acontece en una de cada diez madres en países desarrollados y el doble en países en vía de desarrollo. Su prevalencia mundial se estima entre el 10-20%. En España, el porcentaje de manifestación de la DPP es del 12%. Se observa un aumento a 26% en madres adolescentes, y en países con bajo nivel económico a 38,2% (2,3).

1.2. Cuadro clínico

El cuadro clínico de la DPP puede presentarse antes de la cuarta o sexta semana tras dar a luz (4). Su duración varía de semanas a meses. La mujer puede sufrir algunos o todos los síntomas siguientes: bajo estado de ánimo, tristeza, llantos persistentes, anhedonia, alteración del sueño con insomnio, fatiga y pérdida de energía, ansiedad que puede evolucionar a ataques de pánico, irritabilidad y problemas de atención. Es común que se infravaloren a ellas mismas respecto a su capacidad de cumplir las necesidades del recién nacido (RN), así como el sentimiento de culpa e inutilidad si el cuidado del bebé no está siendo como ellas esperaban, si hay dificultades en la lactancia materna (LM) y si aparecen problemas a la hora de vincularse con su bebé. Pueden aparecer pensamientos de dañarse a sí mismas o al bebé. Se pueden dar los casos extremos de obsesión o despreocupación, con todo lo relacionado a su hijo (1,5,6,7).

1.3. Historia

En el año 700 a.C., Hipócrates declaró una relación entre las alteraciones del estado anímico y el posparto. En el siglo XI, la doctora Trótula en Salerno, por primera vez, determinó la depresión posparto como enfermedad, razonando la conexión del útero y el cerebro. En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa establece los primeros estudios sistemáticos sobre la “locura” en el puerperio. En 1818, Esquirol relató que en los cinco embarazos de una mujer, había padecido depresión en todos ellos. En 1858, Louis Víctor Marcé un psiquiatra francés, publicó el primer libro que trataba de los trastornos mentales en el embarazo y puerperio, en él sugiere que las alteraciones del puerperio afectan al estado de ánimo materno. En 1968, por primera vez, Pitt definió la depresión posparto como una depresión atípica, caracterizada por un elemento ansioso, labilidad emocional, pensamientos de incapacidad, confusión y alteraciones diurnas con empeoramiento vespertino. En los años 70 se describe la DPP como un episodio depresivo mayor.

En la actualidad, se ha comprobado que la DPP presenta una sintomatología similar a episodios depresivos en diferentes etapas de la vida. Los trastornos mentales del embarazo y puerperio, aparecen por primera vez con una mención explícita, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10). La actualización del DSM-IV, el DSM-V, especifica que el inicio de la DPP comienza durante el periparto, es decir, puede originarse en el embarazo o hasta 4 semanas después del parto. En cambio, según la CIE-10, el inicio de la DPP comienza entre las 6 semanas tras el parto (4,8).

1.4. Consecuencias

La DPP es un trastorno de difícil determinación. La falta de información por parte de las mujeres y sus familias, así como del personal sanitario, convierten a la DPP en una enfermedad infradiagnosticada. Todos ellos atribuyen el estado anímico de ella a la falta de capacidad para ser madre o a la baja determinación para afrontar la transición hacia la maternidad, por lo que la mujer no pide ayuda y sigue con sus responsabilidades sin éxito. El personal sanitario debe distinguir la sintomatología de un puerperio inocuo de uno patológico, aunque la franja de tiempo en la que se desarrollan los síntomas es demasiado amplia y dificulta la distinción. Se llegan a subdiagnosticar cerca del 50% de los casos (1).

La ausencia de una atención adecuada conlleva a la no detección, y por tanto, al no tratamiento de la DPP. Esto supone una serie de repercusiones negativas en el vínculo materno-infantil y en la salud de la madre y el RN, a corto y largo plazo. El vínculo materno-infantil se define como una serie de sentimientos afectivos y de protección de la madre hacia su hijo. La ausencia de respuesta por parte de la madre, la ansiedad en su cuidado, la rabia hacia él que puede ir desde verbal a conductual y el rechazo hacia el RN con deseos de que este desaparezca, son casos propios de un trastorno del vínculo materno-infantil. Este trastorno afecta al apego, el lazo afectivo innato que forma el bebé buscando seguridad.

La alteración del vínculo y el apego, suponen unas consecuencias en la madre y el bebé que se incrementan si la DPP es grave o crónica. Afecta al desarrollo cognitivo, emocional, conductual y social de los hijos. Los síntomas depresivos de la madre se incrementan al combinarse con el agotamiento de atender las necesidades de su bebé. La falta de energía e ilusión, hacen peligrar las interacciones personales de la mujer, incitándola al aislamiento y pérdida de apoyo social (4,6).

El impacto de la DPP puede llegar, en el peor de los casos, al suicidio y al filicidio. El suicidio es la causa más significativa de muerte materna durante el periodo perinatal. Un estudio confirma la prevalencia de la idea suicida en un 50,72% de madres con DPP. Se considera que hay cerca de un 20% de muertes maternas en el primer año del posparto con el suicidio como causa. De este porcentaje, un 60% son madres que acontecían con episodios afectivos graves durante las 6 primeras semanas posparto, diferenciamos un 20% con DPP y un 40% con Psicosis Posparto (PPP). El filicidio es la acción en la que los progenitores matan a sus descendientes. El 75% de los filicidios son infanticidios, los hijos tienen menos de un año, el 20-30% son causadas por madres con DPP y el 20-50% con PPP (4,9).

1.5. Clasificación de los Trastornos Mentales Perinatales

Los Trastornos Mentales Perinatales (TMP) son el conjunto de trastornos psiquiátricos que prevalecen en el embarazo y hasta un año después del parto (4). Aludimos a los TMP relacionados con episodios depresivos. En este trabajo nos centramos en la DPP, pero vamos a realizar una breve revisión sobre la tristeza posparto (TPP) y la PPP, con la finalidad de mostrar las diferencias para su correcto diagnóstico, tratamiento y derivación a un especialista si fuese necesario (1,8).

1.5.1. Tristeza Posparto

La tristeza posparto, disforia posparto, “Baby Blues” o “Maternity Blues”, es la alteración del estado de ánimo transitorio originada principalmente por variaciones hormonales, psicológicas y sociales, que ocurren en el periparto. Su intensidad es variable, puede desencadenar una DPP, pero en general no es necesario un tratamiento médico ni psicológico, pues desaparece de forma espontánea antes de la segunda o tercera semana tras el parto, no suele durar más de diez días (1,6).

1.5.2. Psicosis Posparto

La psicosis posparto es un trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos. Es el trastorno afectivo más agresivo en el puerperio, es una emergencia psiquiátrica. La probabilidad de reincidencia en partos posteriores es de un 50-90%. Los sucesos maníacos son más frecuentes e intensos que en otros episodios psicóticos no puerperales. El 50% de las mujeres con PPP piensan o han pensado en hacer daño a su bebé (1,10).

	TPP	DPP	PPP
Prevalencia	50-80%	10-20%	0'1-0'2%
Aparición	Entre el día 2-4 posparto.	Previa a las semanas 4-6 posparto.	Primeras semanas posparto hasta el sexto mes. Mayor riesgo en la semana 3.
Causas	Cambios psicológicos, sociales y biológicos, principalmente hormonales.	Factores genéticos, biológicos, cognitivos, sociales, antecedentes de TMP y complicaciones obstétricas.	Factores genéticos, biológicos, antecedentes de TMP y complicaciones obstétricas.
Sintomatología principal	Tristeza, llanto fácil, labilidad emocional, fatiga, insomnio y sensación de agobio.	Estado de ánimo depresivo, ansiedad, anhedonia, insomnio, fatiga, sentimiento de inutilidad y culpabilidad.	Fase inicial: insomnio, ansiedad e inestabilidad. Fase aguda: delirium, alucinaciones y manía.
Intervención	Informar, acompañar y apoyar a la madre y su familia	Psicoeducación, psicoterapia y farmacoterapia.	Hospitalización, terapia farmacológica, psicosocial y si no remite con TEC.

Tabla 1: Trastornos Mentales Perinatales con episodios depresivos (1,4,5,6,7,8).

El papel de enfermería, especialmente de las matronas, es primordial en los TMP, pues son el personal sanitario más cercano a la mujer y su bebé antes, durante y después del parto. Necesitamos conocer los cambios que sufre la mujer en el embarazo y en el puerperio, así como los factores de riesgo de las patologías que pueden alterar negativamente estos procesos, en este trabajo la DPP. La prevención y detección son esenciales para la evolución favorable de la enfermedad.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal:

- Describir los principales factores de riesgo descritos en la literatura científica, asociados con la aparición de la depresión posparto.

2.2. Objetivo secundario:

- Conocer los posibles instrumentos de detección precoz de la DPP
- Determinar las posibles medidas preventivas a la aparición de la DPP.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

La estrategia de búsqueda de información se ha basado en una revisión bibliográfica sistemática sobre la depresión posparto, sus factores de riesgo, las medidas para su prevención y su detección precoz.

Las bases de datos bibliográficas y los buscadores científicos consultados han sido: *Scielo* (4 artículos), *Elsevier* (2 artículos), *Pubmed* (12 artículos) y *Google Scholar* (2 artículos). También se ha realizado una búsqueda de información en páginas de sociedades científicas como la *Sociedad Marcé Española (MARES)*, el *Instituto Europeo Salud Mental Perinatal*, el *Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH)* y el *Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad*. Seleccionando un total de 5 artículos. Se consultó la página del *Hospital Clinic de Barcelona* para conocer el protocolo de actuación de la DPP. Finalmente, se adjuntó información de 2 libros sobre la salud mental y el embarazo, facilitada por las Bibliotecas de la Universidad de Salamanca, principalmente por la *Biblioteca de la Facultad Universitaria de Enfermería y Fisioterapia*.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la selección de la información se fundamentaron en la accesibilidad, el límite de tiempo y el idioma.

- Los estudios que precisaban de una inscripción con pago por adelantado fueron descartados de la selección.
- Los estudios previos a hace diez años fueron excluidos. Se seleccionaron los estudios con un rango de tiempo comprendido entre el 2010 y la actualidad.
- Los estudios en inglés y español se incluyeron en la selección de información, descartando los artículos en otros idiomas. Las palabras clave necesarias en las bases de datos españolas han sido: *depresión posparto, factores de riesgo, detección precoz y prevención*. Y en las bases de datos anglosajonas: *postpartum depression, risk factors y pathophysiological mechanisms*.

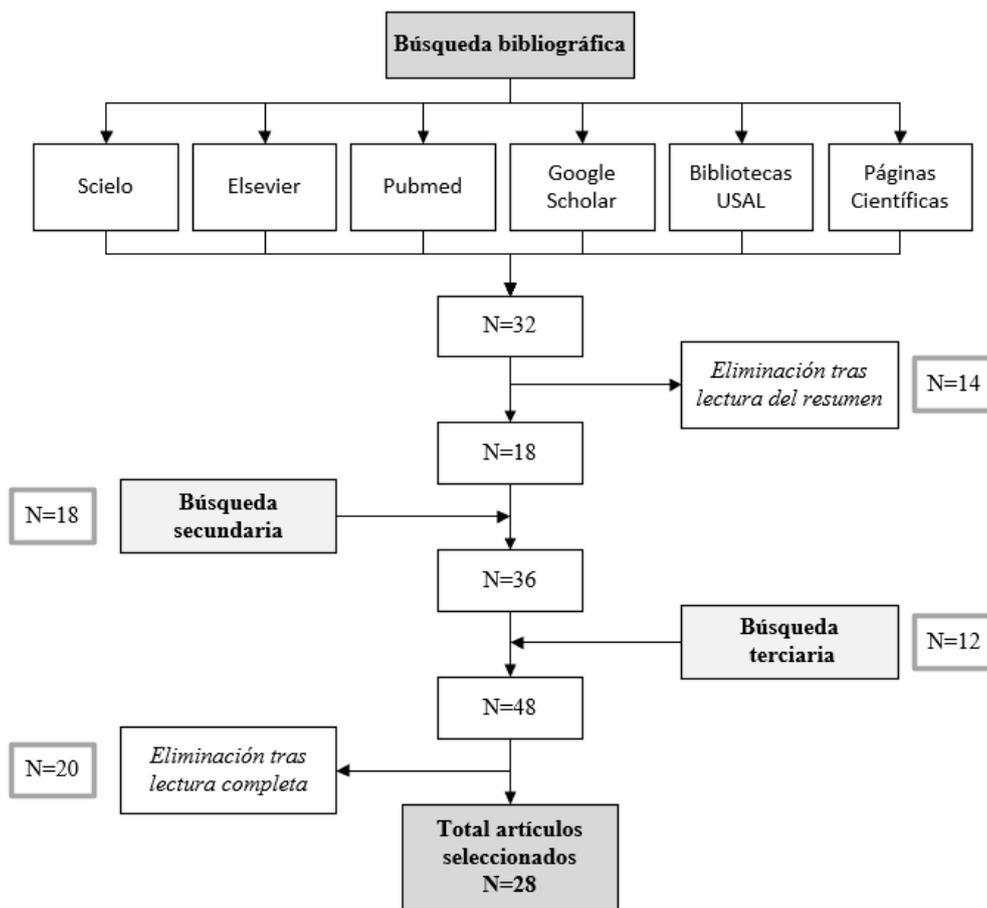


Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios.

AUTOR AÑO/PAÍS	TIPO ESTUDIO REVISTA	RESULTADOS PRINCIPALES	CONCLUSIÓN
Medina-S. E. 2013 México	RB <i>Perinat y Reprod Humana</i>	La TPP, DPP y PPP son actualmente problemas de salud pública por su alta incidencia y consecuencias físicas y psicológicas.	La prevención de los trastornos mentales depresivos en el embarazo y primeros días del posparto, obtiene mejores resultados que el tratamiento.
Mendoza C. Saldivia S. 2015 Chile	RB <i>Rev Med de Chile</i>	Los principales factores causales de la DPP son los psicosociales. La psicoterapia es recomendada como tratamiento de primera línea.	La DPP es más frecuente en mujeres que en hombres. Realizar un abordaje centrado en la prevención de los factores de riesgo psicosociales.
Jadresic E. 2017 Chile	RB <i>Rev Med Clínica Los Condes</i>	Dentro de los TMP, la TPP es la más común pero leve. La PPP es una emergencia psiquiátrica. La mitad de las DPP comienzan en el embarazo.	La DPP es la complicación obstétrica más frecuente del puerperio. Su inicio se desarrolla en el periparto.
Villacorta Y. 2019 España	EF con RB <i>Universitat Rovira i Vigili</i>	En la DPP existen factores de riesgo en los cuales la matrona puede actuar, es una enfermedad infradiagnosticada.	A pesar del alto porcentaje de mujeres con DPP, las investigaciones siguen siendo escasas, dificultando su correcto abordaje.
González A. Casado PR. Molero M. Santos RS. López I. 2019 Cuba	Casos- Control <i>Rev Archivo Med de Camagiüey</i>	La incidencia de la DPP es alta al asociarse con el estado civil de soltera, menos de 20 años, más de 2 hijos, antecedentes de DPP y violencia. Alta prevalencia de ideación suicida	La DPP es una patología prevenible. Su alta morbilidad la convierte en un problema de salud pública. Son necesarias más intervenciones por parte del personal sanitario.
Rosinger E. Kautz D.D. 2012 EEUU	RB <i>Nursing</i>	La PPP precisa de la hospitalización materna, con psicoeducación, TEC si fuese necesaria y farmacoterapia	La PPP es una emergencia médica. La recuperación es mejorada con intervenciones tempranas.

Mitjans M. Arias B. 2012 España	RB <i>Actas España Psiquiatría</i>	La variable heredada de “susceptibilidad para el desarrollo de la enfermedad”, unida a FR, podrían desencadenar la depresión.	La información obtenida sobre el papel de la genética en los trastornos depresivos mayores, no es concluyente para aplicarla en la clínica.
Payne J. Maguire J. 2019 EEUU	RB <i>Front Neuroendo.</i>	Los mecanismos implicados en la fisiopatología de la DPP son el estrés, la epigenética, cambios neuroendocrinos y bioquímicos.	La comprensión de la fisiopatología de la DPP nos ayuda a conocer la neurobiología materna normal.
Dois A. 2012 Cuba	RB <i>Rev Cubana Obstetricia Ginecología</i>	Los FR con mayor asociación a la DPP son antecedentes de depresión en el embarazo o previos y la falta de apoyo social.	La actuación temprana de profesionales sanitarios supone una disminución de las complicaciones en la madre y su hijo, a corto y largo plazo.
Smith A. Eccles-S J. E’Emden M. Lust K. 2017 Australia	RB <i>Australian Prescriber</i>	La disfunción tiroidea se relaciona malformaciones congénitas, abortos y partos prematuros.	Las alteraciones en la función tiroidea deben considerarse embarazos y puerperios de riesgo.
Obeysekare J. Cohen ZL. Coles ME. Pearlstein TB. Monzon C. Flynn EE. Sharkey KM. 2020 EEUU	Estudio de cohortes <i>Translation Psychiatry</i>	Las alteraciones del sueño en el embarazo están asociadas a la aparición de sintomatología depresiva en el posparto, y viceversa, los síntomas depresivos pueden provocar cambios en el ciclo del sueño.	El tiempo y calidad de sueño en el embarazo y puerperio, se relaciona con la aparición de síntomas psiquiátricos.
Hutchens BF. Kearney J. 2020 EEUU	RB <i>Journal of Midwifery & Women’s Health</i>	Los FR más comunes son el estrés vital, ausencia de apoyo social, abuso actual o pasado, mala relación con la pareja y antecedentes de depresión.	La comprensión de los FR mejora las consecuencias de la DPP en la madre y su hijo porque facilita que el personal sanitario pueda anticipar las necesidades de ambos.
Jadresic E. 2014 Chile	RB <i>Rev Med Clínica Los Condes</i>	El mejor mecanismo de detección precoz de la DPP es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS). Como alternativa las Preguntas de Whooley.	La detección precoz se realiza en el embarazo y en el posparto, ayuda a evitar o minimizar las consecuencias negativas en la madre y en su bebé.

<p>Bergink V. Laursen TM. Johannsen BM. Kushner SA. Meltzer-B S. Munk-O T. 2015 Inglaterra</p>	<p>Estudio de cohortes <i>Psychologic al Medicine</i></p>	<p>La preeclampsia aumenta el riesgo de padecer episodios psiquiátricos durante los 3 meses después del parto.</p>	<p>Existe una asociación entre la preeclampsia y los episodios psiquiátricos del posparto, esto es debido a que crea un ambiente vulnerable por su impacto psicológico y neurobiológico.</p>
<p>Peterman K. 2014 EEUU</p>	<p>RB <i>University of North Carolina</i></p>	<p>El contacto piel con piel inmediato al nacimiento del RN es una práctica simple que reduce el desarrollo de la DPP.</p>	<p>El contacto piel con piel de la madre y su hijo, debería realizarse durante el posparto para disminuir la DPP.</p>
<p>Bell AF. Erickson EN. Carter CS. 2014 EEUU</p>	<p>RB <i>J Midwifery & Women's Health</i></p>	<p>El impacto de la oxitocina sintética en el estado anímico depende otros factores como la dosis, el contexto y el historial de la mujer.</p>	<p>La oxitocina endógena tiene un factor protector en el estado de ánimo de la mujer, el efecto de la oxitocina sintética debe seguir estudiándose.</p>
<p>Kroll-D AR. Nephew B. Babb JA. Guilarte-W Y. Moore TA. Deligiannidis K. 2017 EEUU</p>	<p>Casos-control <i>Depression and anxiety</i></p>	<p>Las mujeres expuestas en el parto a oxitocina sintética, presentaron un riesgo más alto de padecer un cuadro depresivo en comparación con las no expuestas.</p>	<p>Es necesaria una investigación exhaustiva sobre los efectos de la oxitocina sintética en el intraparto y el estado mental materno.</p>
<p>Guglielminotti J. Li G. 2020 EEUU</p>	<p>Estudio de cohortes <i>Anesthesia and Analgesia</i></p>	<p>La anestesia general en los partos por cesárea se relacionó con el 54% de probabilidad de desarrollar DPP.</p>	<p>Se debe evitar, en la medida de lo posible, la anestesia general en el parto, además de garantizar un seguimiento de la salud mental de la madre.</p>
<p>Ystrom E. 2012 Inglaterra</p>	<p>Estudio de cohortes <i>BMC pregnancy and childbirth</i></p>	<p>La interrupción de la LM aumenta el riesgo de la DPP. La DPP incrementa el riesgo de abandonar la LM.</p>	<p>La LM y los síntomas depresivos están íntimamente relacionados. El abandono de la LM promueve los síntomas depresivos y viceversa.</p>
<p>Brown A. Rance J. Bennet P. 2016 Inglaterra</p>	<p>Estudio transversal <i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>La corta duración o suspensión de la LM se relacionaron con altas puntuaciones de depresión.</p>	<p>Comprender los motivos de la suspensión de la LM nos ayuda a proporcionar a la mujer un correcto apoyo emocional.</p>

Tabla 2: Clasificación de los artículos seleccionados.

El total de artículos seleccionados es 20, diferenciando 12 *revisiones bibliográficas (RB)*, 6 artículos analíticos con 2 *casos-control* y 4 *estudios de cohortes*, 1 *estudio transversal* y 1 *estudio fenomenológico con revisión bibliográfica (EF con RB)*.

4. SINTESIS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Modelo de Vulnerabilidad

Hoy por hoy, no se conocen a ciencia cierta las causas exactas de la DPP, más bien hablamos de un conjunto de vulnerabilidades y factores de riesgo que interaccionan entre sí pudiendo desencadenar la enfermedad. Aludimos al Modelo de Vulnerabilidad frente al estrés, una hipótesis que pretende aclarar la aparición y la persistencia de la DPP. Revela una interacción entre la predisposición genética (innata) y las experiencias vitales (adquiridas). El parto se considera como un estresor neurohormonal e inmunológico, y la transición a la maternidad como un estresor psicosocial, ambos procesos requieren una adaptación por parte del organismo que puede interaccionar negativamente con la DPP. Éste modelo está formado por diversas vías (4,7):

4.1.1. Vulnerabilidad genética

Para explicar la genética de la depresión nos basamos en el modelo del umbral de susceptibilidad. Una mujer con antecedentes familiares de depresión, hereda la variable de *susceptibilidad para desarrollar el trastorno*, y junto con determinados factores, como las alteraciones del embarazo y puerperio, pueden exceder el umbral manifestándose la patología. Se especula por tanto, que las mujeres con antecedentes familiares de depresión, tienen una mayor vulnerabilidad de padecer DPP (2,7,11).

Otra hipótesis de la vulnerabilidad genética de la DPP se basa en el *triptófano*, un aminoácido esencial que no lo fabrica nuestro organismo. Es el precursor de la *serotonina*, una hormona que cumple la función de neurotransmisor entre las células nerviosas. Si sus niveles disminuyen, como ocurre en el posparto por el declive de triptófano, se altera el estado anímico. El gen de alta expresión transportador de serotonina se ha relacionado con períodos depresivos. (4,7).

4.1.2. Vulnerabilidad neurohormonal

4.1.2.1. Estrógenos y progesterona.

Los *estrógenos* y *progesterona* son hormonas sexuales esteroideas. La síntesis de ambos durante el embarazo es alta, pero durante los primeros días posparto descienden bruscamente. El descenso de progesterona conlleva a una desregulación y disminución de la síntesis de estrógenos. Esta deflación de estrógenos puede provocar una alteración en los sistemas de neurotransmisión, como el aumento de la *hormona monoaminoxidasa (MAO-A)*. Esta hormona degrada las monoaminas del Sistema Nervioso Central (SNC), como la *serotonina* y *noradrenalina*, contribuyendo a la aparición de síntomas depresivos. Los niveles bajos de estrógenos y progesterona en el período posparto, tienen una relación con los síntomas depresivos sufridos en este período (2,4,8,12).

4.1.2.2. Cortisol.

El *cortisol*, conocido coloquialmente como la hormona del estrés, se relaciona con síntomas depresivos. Su producción depende del eje Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal (Eje HHA). Ante un estímulo estresante el hipotálamo genera la *hormona liberadora de corticotropina (CRH)*, esta favorece la formación en la adenohipófisis de la *hormona liberadora de adrenocorticotropina (ACTH)*, desencadenando la síntesis de *cortisol* en la corteza suprarrenal. La placenta de una mujer embarazada produce 100 veces más CRH que el hipotálamo. Estos niveles afectan al sistema endocrino favoreciendo alteraciones en el estado mental y anímico (4,12).

4.1.2.3. Respuesta inflamatoria.

En el periparto la mujer sufre una alteración del sistema inmunitario, según esta hipótesis tiene que ver con la neuroinflamación. Las citoquinas proinflamatorias como la *interleucina 1 (IL-1)*, la *interleucina 6 (IL-6)* y el *factor de necrosis tumoral alfa (TFN- α)*, son mediadores de la respuesta inmune e inflamatoria. La respuesta inflamatoria observada en el primer mes posparto supone un aumento de estas citoquinas, esto se relaciona con una disminución del triptófano, serotonina, noradrenalina, dopamina y la neurogénesis, y por tanto vinculamos esta inflamación con la DPP (4,12,13).

4.1.2.4. Tiroiditis posparto.

La glándula tiroides produce una serie de *hormonas tiroideas* (T3, T4) responsables de la regulación del metabolismo. La tiroiditis posparto es un síndrome del sistema inmunitario, puede surgir hasta un año después del parto por la presencia de anticuerpos antitiroideos. El riesgo de padecerla aumenta si la mujer padece otras alteraciones autoinmunes, como Diabetes Mellitus tipo 1 o el Síndrome de Sjögren. La inflamación de la glándula tiroides se puede manifestar con hipotiroidismo, hipertiroidismo o ambas. La alteración de las hormonas tiroideas provoca una desregulación en el metabolismo de las células cerebrales, y en consecuencia, a los niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina relacionados con posibles síntomas depresivos. (1,4,5,13,14) . La hipótesis que relaciona la tiroiditis posparto con la DPP debe ser estudiada en profundidad.

4.1.2.5. Melatonina.

La *melatonina* es la hormona del sueño y la vigilia. Se sintetiza en la glándula pineal a partir del triptófano, el cual está disminuido en el posparto y como consecuencia también disminuyen los niveles de melatonina, provocando cambios en el ciclo de vigilia-sueño. Las alteraciones de este ciclo se relacionan con síntomas depresivos y viceversa, pues estos síntomas impiden un correcto descanso y pueden desencadenar el insomnio (13,15,16).

4.1.3. Vulnerabilidad cognitiva

Esta hipótesis argumenta que dependiendo del estilo cognitivo de la mujer, su personalidad, su capacidad de afrontamiento y sus recursos de apoyo, los sucesos que acontecen en el periparto pueden provocar impactos en la mujer relacionados con la aparición de la DPP (4,7,13). Por tanto vinculamos la DPP con:

El alto nivel de *neuroticismo*, el cual conlleva a un sistema nervioso inestable en la mujer, sus reacciones a los continuos estímulos del embarazo y puerperio pueden ser demasiado intensas, ansiosas y persistentes (4,7).

El *perfeccionismo desadaptativo*, una mujer con este rasgo de personalidad pretende que el embarazo y en el puerperio sean perfectos, tal y como ella se ha impuesto. Si esto no se cumple, que es lo normal porque son etapas de continuos cambios, se pueden desencadenar sentimientos de ansiedad y depresión (4,7,8).

4.2. Factores de riesgo

Las mujeres afectadas por la DPP son un grupo heterogéneo. La etiología de este trastorno es multifactorial, se puede originar a causa de las vulnerabilidades de la mujer, por factores externos o por la combinación de ambos. En este apartado destacamos algunos de los factores de riesgo más relevantes en el desarrollo de la DPP:

4.2.1. Antecedentes personales

4.2.1.1. Antecedentes de trastornos mentales

Los trastornos mentales afectivos padecidos a lo largo de la vida aumentan el riesgo de desarrollar un cuadro depresivo en el embarazo y puerperio (5). Los antecedentes con mayor impacto son: los trastornos de depresión, de ansiedad, de bipolaridad y sobretodo las DPP en embarazos anteriores (1,2,3,4,9,13,16,17).

4.2.1.2. Síndrome premenstrual

Es un cuadro clínico que puede aparecer 7-10 días previos a la menstruación. Se estima que su principal causante es una alteración hormonal. Se caracteriza por una serie de cambios físicos y psicológicos, entre ellos los más preocupantes son síntomas depresivos y ansiosos. Se han relacionado los antecedentes del síndrome premenstrual con la mayor probabilidad de padecer DPP (4,7,8).

4.2.1.3. Experiencias traumáticas en la infancia

Las mujeres que han sufrido experiencias adversas en la infancia pueden contemplar el proceso de la maternidad como una elevada carga emocional. La hipótesis formulada se basa en que el abuso pasado provoca una alteración del sistema nervioso, inmunológico y endocrino que aumenta los niveles de estrés. Esto conlleva a que los estresores del embarazo y el puerperio, puedan afectar más a la mujer favoreciendo la DPP (1,13,16,18).

Algunos autores clasifican las interrupciones espontáneas del embarazo dentro de los antecedentes personales de riesgo para el desarrollo de la DPP (1,9).

4.2.2. Socioeconómicos

4.2.2.1. Edad

Los embarazos de mujeres con rangos de edad inferiores a 20 años y mayores de 35 años, se consideran de riesgo para la DPP porque se asocian negativamente con la *preeclampsia* y la *capacidad de ser madre*. La preeclampsia es una complicación del embarazo, y por tanto conlleva a un aumento de preocupaciones y estrés, generando un ambiente vulnerable para el desarrollo de DPP (16,19). Ser madre adolescente, menor de 20 años, se considera un FR porque con frecuencia sienten que no son capaces de cumplir el papel de ser madre. Estos sentimientos pueden generar intranquilidad, ansiedad y estrés, favoreciendo la DPP (9,19).

4.2.2.2. Acontecimientos vitales estresantes

La pérdida de un ser querido, padecer una enfermedad, problemas económicos (1,5,8,12,17) y una baja cobertura médica (8), son ejemplos de posibles acontecimientos vitales estresantes. Los acontecimientos durante el embarazo y puerperio que puedan provocar un estrés añadido, suponen un gran FR para la DPP (1,5,7,12,16,17).

4.2.2.3. Relación con la pareja/familia

El aislamiento social propicia la aparición de síntomas depresivos (1). Está favorecido por la mala relación con la pareja, el estado civil de soltera y la ausencia de unas figuras paternas en las que basarse, ya que pueden convertir a la maternidad en un auténtico reto (3,4,5,8,9,13,17). Las mujeres que han sufrido violencia de género durante el embarazo y puerperio, tienen un alto riesgo de padecer trastornos depresivos en el posparto (7,9).

El apoyo social se considera un factor protector y preventivo de la DPP, pues las mujeres que se sienten apoyadas y seguras, expresan sus sentimientos y pensamientos, facilitando las intervenciones en el embarazo y puerperio (1,8,13,18). Se afirma que la omisión del apoyo social es un desencadenante significativo (2,3,4,5,8,12,13,16).

Añadimos en este apartado los embarazos no planificados o no deseados (1,2,3,4,17) y los hábitos tóxicos como el alcohol, el tabaco y las drogas (2,13).

4.2.3. Actividades obstétricas

En este apartado nos vamos a centrar en las hipótesis sobre la oxitocina sintética y la anestesia general administrada en la cesárea, pero pueden existir otros factores de riesgo que influyan en el desarrollo de la DPP, por ejemplo: los partos de emergencia, prematuros, instrumentalizados y postraumáticos (13), también puede influir que el bebé nazca con malformaciones, tenga que ser ingresado o fallezca (1,2,13). La ausencia del contacto piel con piel se vincula negativamente con el riesgo de presentar DPP, en cambio su realización inmediata tras el nacimiento del bebé, supone un factor protector frente a síntomas depresivos (20).

4.2.3.1. Oxitocina sintética.

La *oxitocina endógena* es una hormona del organismo fundamental en el trabajo de parto, induce las contracciones uterinas necesarias para la expulsión del feto. Los receptores de oxitocina (RO) se distribuyen por todo el cuerpo, como en el útero, pero también en las neuronas donde se origina la liberación o inhibición de los neurotransmisores y moduladores hormonales, como la serotonina y la CRH. La oxitocina desempeña funciones en el estado de ánimo, protege a la mujer del estrés, ansiedad, tristeza y depresión. La *oxitocina sintética* es administrada frecuentemente en la inducción del parto y el alumbramiento placentario. Se están estudiando sus posibles efectos intraparto sobre la oxitocina endógena y la DPP.

Un estudio argumentó que la administración de oxitocina sintética, provocó una desregulación de los RO del músculo uterino, disminuyendo su disponibilidad 300 veces más en comparación con un parto espontáneo. Este resultado implantó la necesidad de estudiar su efecto en los RO neuronales, pues podría estar relacionada con la liberación o inhibición de hormonas como la serotonina y la CRH (21). Otro estudio afirma que su empleo en el parto aumenta el riesgo de padecer un trastorno depresivo posparto (22).

No se puede asegurar que la oxitocina sintética intraparto afecte al estado anímico posparto, pues su efecto depende de la dosis, además del contexto y la historia de la mujer. Deben hacerse más estudios sobre las consecuencias en la salud mental de la mujer, a corto y largo plazo (21,22).

4.2.3.2. Anestesia general

Partimos de la hipótesis de que la anestesia general en el parto por cesárea aumenta el riesgo de padecer DPP. En un estudio reciente, se comparó la administración de anestesia local y general, con el riesgo de sufrir DPP. El resultado concluyó con que la anestesia general suponía un 54% más de posibilidades de experimentar DPP respecto a la anestesia local. Este porcentaje se relaciona con el aplazamiento de la lactancia materna y la ausencia del contacto piel con piel de la madre con su bebé inmediato al nacimiento (23).

4.2.4. Lactancia materna

La lactancia materna (LM) y la DPP forman un círculo vicioso, el fracaso en la LM supone un riesgo de desarrollar DPP, a su vez la DPP dificulta la LM satisfactoria. Una imposición, pasada y vigente, sobre la LM es ser imprescindible, sus beneficios y ventajas son mayores en comparación con los de la leche artificial, esto genera en algunas mujeres una obsesión por amamantar.

Aunque la mayoría de los profesionales sanitarios promueven la LM, no siempre es posible amamantar o establecer la LM como alimentación exclusiva. Mujeres con hipogalactia, dolor en el pezón, mastitis, tratamiento farmacológico incompatible con la LM como el antineoplásico, la separación de la madre de su hijo, y enfermedades que imposibilitan la LM, como el VIH en la madre o la galactosemia en el bebé (24).

La omisión precoz de la LM, provoca un descenso en los niveles de prolactina y oxitocina. La prolactina es la hormona encargada de la producción de leche materna, pero además contribuye al desarrollo de conductas protectoras y maternales. La oxitocina, a parte de su función en el parto, favorece la eyección de leche, la instauración del vínculo materno-infantil, el desarrollo neuronal del lactante y disminuye las hormonas del estrés en la madre. La deflación de los niveles de prolactina y oxitocina, supone un riesgo significativo de desarrollar DPP (25).

El acto de amamantar debe ser un momento placentero tanto para el bebé como para la madre. Cuando la LM se convierta en una carga u obligación desagradable para la madre, es recomendable abandonarla, porque puede suponer un precursor de trastornos como la DPP (1,24,25,26).

4.3. Prevención

La prevención es el conjunto de precauciones llevadas a cabo antes de que tenga lugar la enfermedad. Una vez conocidos los FR y los tipos de vulnerabilidad en relación a la DPP, se pueden ejecutar una serie de medidas por parte de la mujer y del profesional sanitario para impedir el inicio de la patología.

Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de la DPP. En los controles durante la gestación, las matronas deben recordar a la mujer que debe llevar, durante el embarazo y el puerperio, un estilo de vida saludable evitando los hábitos tóxicos como el tabaco, alcohol y drogas, realizando ejercicio físico controlado, durmiendo lo suficiente para un descanso gratificante y procurando no obsesionarse con el proceso de ser madre.

Uno de los FR más prevalente es la ausencia de apoyo social. Para evitar el aislamiento social de la mujer, las enfermeras deben proporcionar, antes y después del parto, una atención sanitaria humanizada donde se pueda sentir segura y apoyada. El Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal recomienda los talleres de preparación integral para la maternidad y los círculos de mujeres gestantes como medida preventiva de la DPP (27). Un estudio afirma que las visitas posparto realizadas por personal sanitario y las llamadas telefónicas de mujeres que padecieron DPP, ayudan a disminuir su incidencia en las madres con alto riesgo de desarrollar el trastorno depresivo (28).

Las matronas deben ayudar a que el parto sea una experiencia positiva, evitando intervenciones innecesarias y favoreciendo el contacto piel con piel inmediato si fuese posible, al igual que la lactancia materna. La acción de amamantar es un factor protector frente a la DPP, la matrona ayuda a la madre a llevarla a cabo de forma satisfactoria para ella y su bebé (27). En cambio, si la LM se convierte en un agravante de la DPP, la matrona informará a la madre sobre sus alternativas.

Otras medidas que tienen en cuenta otros profesionales sanitarios son la psicoterapia y farmacoterapia preventivas. La psicoterapia más utilizada en la prevención de la DPP es la terapia cognitivo-conductual, ayuda a cambiar la forma de pensar (cognitivo) y actuar (conductual). La farmacoterapia preventiva es pautaada para evitar recidivas en aquellas mujeres con antecedentes de depresión u otros trastornos mentales de riesgo para la DPP (5).

4.4. Sistemas de detección precoz

La detección precoz de la DPP consiste en la realización de cribados específicos para conocer la enfermedad a tiempo, poder intervenir correctamente y que no se agrave (8). Las herramientas de tamizaje de la DPP son amplias, nos vamos centrar en las más aplicadas:

4.4.1. Preguntas de Whooley.

En Reino Unido, la guía del Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence) recomienda a los profesionales sanitarios la utilización de las Preguntas de Whooley (anexo 1) de forma rutinaria en los controles previos y posteriores al parto. Las desventajas de estas preguntas, son que no profundizan en los pensamientos de la mujer y que no se ha determinado su sensibilidad ni especificidad (17,28).

4.4.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (anexo 2) es el instrumento de tamizaje más utilizado en todo el mundo durante el posparto y el embarazo. Es un cuestionario auto-administrado, llevado a cabo en los centros de salud de Livingston y Edimburgo en 1987, con la finalidad de detectar la sintomatología depresiva en mujeres después del parto (17). Actualmente es elegido tanto por los profesionales sanitarios como por las mujeres, el nivel de satisfacción es alto debido a su brevedad, facilidad en la realización y aplicación, a su sensibilidad y especificidad, y a su validez internacional. Hay que hacer hincapié en la pregunta 10 sobre la autolesión. Para un diagnóstico completo se debe derivar a la mujer a un especialista en salud mental, ya que la EPDS no sustituye al juicio clínico. Este cuestionario se debe realizar a todas las embarazadas y puérperas, no solo a las de riesgo, sobre todo a las 8 semanas posparto cuando la incidencia de la DPP es mayor (28).

La detección de la DPP no es sencilla debido a su diversa sintomatología, a su amplio rango de inicio, el escaso conocimiento de las mujeres y sus familias sobre la enfermedad, la falta de capacitación del personal sanitario, la no aplicación rutinaria de herramientas de detección precoz y la falta de entrevistas sistemáticas para confirmar el diagnóstico. Por esto el rol de la matrona y enfermera es trascendental en la detección precoz de la DPP, la realización de herramientas de tamizaje está dentro de sus competencias.

El Ministerio de Sanidad de Castilla y León, recomienda establecer un Protocolo de Detección Precoz de la DPP rutinario en todas las mujeres embarazadas, no sólo en aquellas que ya han dado a luz (28). El Departamento de Salud de Cataluña ha actualizado el Protocolo de Cribado de la Depresión y Ansiedad durante la gestación (anexo 4), versión 2018 (8).

5. CONCLUSIONES

La DPP es una enfermedad que requiere una mayor atención a nivel social y sanitario. Su alta prevalencia e impacto sobre el bienestar de la madre, el hijo y su entorno, la convierten en un riesgo para la salud pública. El bajo conocimiento sobre esta patología en la población, sanitaria y no sanitaria, dificulta su diagnóstico.

Enfermería tiene un papel fundamental en el abordaje de la DPP pues sus actuaciones comienzan en el embarazo y continúan en el parto y puerperio. La matrona es el profesional más cercano en el transcurso de la maternidad, su trabajo en los controles prenatales y posnatales se debe centrar en el bienestar físico, psicológico y mental de la mujer. En el conocimiento de los factores de riesgo, prevención y detección precoz, el rol de la enfermera asume gran relevancia. Después de una revisión epidemiológica, concretamos que la DPP es un trastorno multifactorial, su causa está desencadenada por un conjunto de vulnerabilidades y factores de riesgo. Los más incidentes son los antecedentes familiares y personales de trastornos mentales, las alteraciones hormonales, el estado cognitivo negativo, los acontecimientos estresantes de la vida, la ausencia de apoyo social y las complicaciones obstétricas. Sobre alguno de ellos se puede actuar y atenuar su impacto, pero se consiguen mejores resultados con medidas preventivas y factores protectores. Las intervenciones psicosociales basadas en el apoyo de los profesionales sanitarios y las madres de grupos de ayuda en el embarazo, cada vez son más frecuentes y han demostrado tener un efecto beneficioso en la mujer. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) se destaca como la herramienta de tamizaje predilecta para la detección precoz de la DPP.

Concluimos resaltando la necesidad de una mayor profundización e investigación en el ámbito de la depresión posparto. La formación del personal sanitario es primordial para restringir la asiduidad de la enfermedad, así como para llevar a cabo un abordaje cabal.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción humana*. [Internet]. 2013 [citado 20 marzo 2020]; 27(3): 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-53372013000300008&script=sci_arttext&tlng=pt.
2. NIMH National Institute of Mental Health. Información sobre la Depresión Posparto. [Internet] [citado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>.
3. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*. [Internet]. 2015 [citado 20 marzo 2020]; 143(7): 887-894. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000700010&script=sci_arttext.
4. García Estevez L, Valdés Miyor M. *Manual de Psiquiatría Perinatal: Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Primera ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017.
5. Jadresic E. Depresión posparto en el contexto del Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes*. [Internet]. 2017 [citado 20 marzo 2020]; 28(6): 874-880. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301426>.
6. Correale J, Fernández Liguori N. *Enfermedades neurológicas y embarazo*. Primera ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014.
7. Hospital Clinic Barcelona. Causas y factores de riesgo de la Depresión Posparto. [Internet] [citado 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/causas>.
8. Villacorta Aparicio Y. Infradiagnóstico de la depresión posparto: percepción de las matronas. *Universitat Rovira i Vigili*. [Internet]; 2019 [citado 20 marzo 2020]. Disponible en: <http://repositori.urv.cat/fourrepopublic/search/item/TFG%3A2320>.

9. González González A, Casado Mendez PR, Molero Segura M, Santos Fonseca RS, Lopez Sanchez I. Factores asociados a depresión posparto. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. [Internet]. 2019 [citado 20 marzo 2020] 23(6): 770-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000600770&script=sci_arttext&tlng=en.
10. Rosinger E, Kautz D. Beyond "baby blues": Recognizing postpartum psychosis. *Nursing*. [Internet]. 2012 [citado 20 abril de 2020]; 42(8): 44-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Beyond+%E2%80%9Cbaby+blues%E2%80%9D%3A+Recognizing+postpartum+psychosis>.
11. Mitjans M, Arias B. The genetics of depression: What information can new methodologic approaches provide. *Actas Españolas Psiquiatría*. [Internet]. 2012 [citado 3 abril 2020]; 40(2): 70-83. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ENG/14-76-ENG-70-83-567614.pdf>.
12. Payne J, Maguire J. Pathophysiological Mechanisms Implicated in Postpartum Depression. *Front Neuroendocrinol*. [Internet]. 2019 [citado 3 abril 2020]; 52: 165-180. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370514/>.
13. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 2020 [citado 30 marzo 2020]; 38(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2012000400016&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
14. Smith A, Eccles-Smith J, D'Emden M, Lust K. Thyroid disorders in pregnancy and postpartum. *Australian Prescriber*. [Internet]. 2017 [citado 20 abril 2020]; 40(6): 214-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5768600/>.
15. Obeysekare J, Cohen ZL, Coles ME, Pearlstein TB, Monzon C, Flynn EE, et al. Delayed sleep timing and circadian rhythms in pregnancy and transdiagnostic symptoms associated with postpartum depression.

- Translational Psychiatry. [Internet]. 2020 [citado 20 abril 2020]; 10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7026062/>.
16. Hutchens BF, Kearney J. Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella Review. *Journal of midwifery & women's health*. [Internet]. 2020 [citado 20 abril 2020]; 65(1): 96-108. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31970924>.
 17. Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev Med Clínica Los Condes*. [Internet]. 2014 [citado 20 marzo 2020]; 25(6): 1019-1028. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706510>.
 18. MARES-Sociedad Marcé Española. El papel de las experiencias adversas en la infancia y el apoyo social en la depresión perinatal. [Internet]; 2020 [citado 3 abril 2020]. Disponible en: <http://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/13602/MARES/el-papel-las-experiencias-adversas-infancia-y-apoyo-social-depresion-perinatal.htm>.
 19. Bergink V, Laursen T, Johannsen B, Kushner S, Meltzer-Brody S, Munk-Olsen T. Pre-eclampsia and first-onset postpartum psychiatric episodes: a Danish population-based cohort study. *Psychological medicine*. [Internet]. 2019 [citado 20 abril 2020]; 45(16): 3481-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806793/>.
 20. Peterman K. What's love got to do with it? The potential role of oxytocin in the association between postpartum depression and mother-to-infant skin-to-skin contact. University of North Carolina. [Internet]. 2014 [citado 20 abril 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/a012/bd01e15027ba2957b508cabdd524943beb52.pdf>.
 21. Bell A, Erickson E, Carter C. Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of midwifery & women's health*. [Internet]. 2014 [citado 20 abril 2020]; 59(1): 35-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947469/>.
 22. Kroll-Desrosiers AR, Nephew BC, Babb JA, Guilarte-Walker Y, Moore Simas TA, Deligiannidis KM. Association of peripartum synthetic oxytocin

- administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. [Internet]. 2017 [citado 7 abril 2020]; 34(2): 137-146. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310833/>.
23. Guglielminotti J, Guohua L. Exposure to General Anesthesia for Cesarean Delivery and Odds of Severe Postpartum Depression Requiring Hospitalization. Anesthesia and analgesia. [Internet]. 2020 [citado 20 abril 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32011395>.
 24. Olza I. Cuando las dificultades en la lactancia enmascaran o favorecen la depresión posparto. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. [Internet]. 2019 [citado 7 abril 2020]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/cuando-las-dificultades-en-la-lactancia-enmascaran-o-favorecen-la-depresion-posparto/>.
 25. Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. BMC pregnancy and childbirth. [Internet]. 2012 [citado 20 abril 2020]; 12: 36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621668>.
 26. Brown A, Rance J, Bennett P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. Journal of Advanced Nursing. [Internet]. 2016 [citado 20 abril 2020]; 72(2): 273-282. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4738467/>.
 27. Instituto Europeo Salud Mental Perinatal. La importancia de la prevención en Salud Mental en la atención al embarazo, parto y puerperio. [Internet]. 2018 [citado 7 abril 2020]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/la-importancia-de-la-prevencion-en-salud-mental-en-la-atencion-al-embarazo-parto-y-puerperio/>.
 28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. [Internet]. 2014 [citado 7 abril 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>.

ANEXO 1: Preguntas de Whooley

La enfermera realiza las dos primeras preguntas sobre cómo se ha sentido la mujer durante el último mes. Si la respuesta a una de las dos preguntas es afirmativa, se debe tener en cuenta la realización de la tercera pregunta:

Cuestionario Preguntas de Whooley (17)

1. ¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?	Sí/No
2. ¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta?	Sí/No
3. En relación con esto, ¿siente que necesita o quiere ayuda?	Sí/No

ANEXO 2: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Consta de 10 ítems sobre cómo se ha sentido la mujer en la última semana. Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas con valores de 0-3 puntos. Si el cuestionario es realizado en el posparto se recomienda usar el punto de corte 9/10, es decir, si la puntuación final es mayor o igual a 10, es una probable depresión posparto. En cambio, si se realiza en el embarazo, el punto de corte sería de 12/13, una puntuación final mayor o igual a 13 es una probable depresión en el embarazo (17).

Cuestionario Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) (17)

Nombre.....

Dirección..... Teléfono.....

Su fecha de Nacimiento.....Fecha de Nacimiento del bebé.....

Ahora que está embarazada o ha tenido un bebé recientemente, queremos saber cómo se ha sentido los últimos 7 días. Por favor, seleccione la respuesta que más se asemeje a sus sentimientos:

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

ANEXO 3: Cribado para la Detección de la Depresión Posparto

Cribado para la Detección de la Depresión y/o Ansiedad durante la gestación, recogido en el Protocolo de Seguimiento de Embarazo en Cataluña, traducido al castellano (8).

