



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **¿ES LA DEPRESIÓN POSTPARTO UNA REALIDAD?**

## **INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO**

**Marta Elsa Fernández-Miranda Ferrer**

**Grado de:** Enfermería

**Facultad de:** Enfermería y Fisioterapia

**Año académico:** 2020-2021

# ¿ES LA DEPRESIÓN POSTPARTO UNA REALIDAD?

## INTERVENCIONES ENFERMERAS PARA SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

**Marta Elsa Fernández-Miranda Ferrer**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Facultad de:** Enfermería y Fisioterapia

**Universidad de las Islas Baleares**

**Año académico:** 2020-2021

**Palabras clave del trabajo:** depresión postparto, factores de riesgo, prevención, cuidados de enfermería.

**Nombre de la tutora del trabajo:** Dra. Sonia Martínez Andreu.

Autorizo la Universidad a incluir éste trabajo en el repositorio institucional para consultarlo en acceso abierto y difundirlo en línea, con fines exclusivamente académicas y de investigación.	Autor/a	Tutor/a
	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

## **RESUMEN**

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes e incapacitantes, siendo ésta la primera causa de discapacidad a nivel mundial. Cuando el trastorno aparece en la etapa del postparto, recibe el nombre de “Depresión Postparto” (DPP), siendo ésta la complicación psiquiátrica más común durante éste periodo.

El DSM-V recoge la DPP como un especificador para el trastorno de depresión mayor y la define como “la aparición de síntomas del estado de ánimo que se produce durante el embarazo o 4 semanas después del parto”. Éste trastorno no tiene una causa única, sino que es multifactorial, ya que se debe a la presencia de varios factores sociales, psicológicos, genéticos y hormonales.

La escala más utilizada para detectar la DPP es la “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo” (EPDS).

Con el fin de demostrar la repercusión del diagnóstico en la vida de la mujer y conocer las diferentes intervenciones enfermeras que se pueden llevar a cabo en éstas mujeres, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos PUBMED y CINAHL, obteniendo un total de 22 artículos que se incluyen en ésta revisión.

Aunque los resultados de la investigación muestran que las intervenciones enfermeras no farmacológicas son eficaces para prevenir y tratar la DPP, es necesario realizar mayor investigación en el campo de la salud mental, especialmente en el periodo del embarazo y el puerperio.

**Palabras clave:** depresión postparto, factores de riesgo, prevención, cuidados de enfermería.

## **RESUM**

La depressió és un dels trastorns mentals més freqüents i incapacitants, sent aquesta la primera causa de discapacitat a nivell mundial. Quan el trastorn apareix en l'etapa del postpart, rep el nom de "Depressió Postpart" (DPP), sent aquesta la complicació psiquiàtrica més comú durant aquest període.

El DSM-V recull la DPP com un especificador per al trastorn de depressió major i la defineix com "l'aparició de símptomes de l'estat d'ànim que es produeix durant l'embaràs o 4 setmanes després del part". Aquest trastorn no té una causa única, sinó que és multifactorial, ja que es deu a la presència de diversos factors socials, psicològics, genètics i hormonals.

L'escala més utilitzada per detectar la DPP és "L'Escala de Depressió Postnatal d'Edimburg" (EPDS).

Per tal de demostrar la repercussió del diagnòstic a la vida de la dona i conèixer les diferents intervencions infermeres que es poden dur a terme en aquestes dones, s'ha realitzat una recerca bibliogràfica mitjançant les bases de dades PUBMED i CINAHL, obtenint un total de 22 articles que s'inclouen en aquesta revisió.

Tot i que els resultats de la investigació mostren que les intervencions infermeres no farmacològiques són eficaços per prevenir i tractar la DPP, cal fer més recerca en el camp de la salut mental, especialment en el període de l'embaràs i el puerperi.

**Paraules clau:** depressió postpart, factors de risc, prevenció, cures d'infermeria.

## **ABSTRACT**

Depression is one of the most frequent and disabling mental disorders, being the leading cause of disability worldwide. When the disorder appears in the postpartum stage, it is called "Postpartum Depression" (PPD), being the most common psychiatric complication during this period.

The DSM-V collects PPD as a specifier for major depressive disorder and defines it as "the onset of mood symptoms that occurs during pregnancy or 4 weeks after delivery."

This disorder does not have a single cause, but is multifactorial, since it is due to the presence of several social, psychological, genetic and hormonal factors.

The most widely used scale to detect PPD is the "Edinburgh Postnatal Depression Scale" (EPDS).

In order to demonstrate the impact of the diagnosis on the life of women and to know the different nursing interventions that can be carried out in these women, a bibliographic search has been carried out through the PUBMED and CINAHL databases, obtaining a total of 22 articles included in this review.

Although research results show that non-pharmacological nursing interventions are effective in preventing and treating PPD, more research is needed in the field of mental health, especially in the period of pregnancy and the puerperium.

**Key words:** postpartum depression, risk factors, prevention, nursing care.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS DEL TRABAJO .....	10
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	10
RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	12
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.....	30
ANEXOS.....	33

## INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes e incapacitantes, siendo ésta la primera causa de discapacidad a nivel mundial (1). Según la OMS (1), la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y la sufren más mujeres que hombres. Siguiendo la clasificación de la última edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-V) (2), se diferencian los siguientes trastornos depresivos:

- **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo**, caracterizado por arrebatos graves de cólera que se manifiestan de forma verbal y/o con el comportamiento, cuya intensidad son desproporcionadas a la situación que los provoca.
- **Trastorno de depresión mayor**, caracterizado por la presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante más de 2 semanas: estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnia, irritabilidad, falta de energía, sentimientos de inutilidad y culpabilidad, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos de muerte. Éste trastorno cuenta con diversos especificadores que ayudan a diagnosticar de una manera más concreta, indicando las características del episodio.
- **Trastorno disfórico premenstrual**, que se caracteriza por aparecer una semana antes del inicio del ciclo menstrual, mejora días después de haber comenzado el ciclo, y desaparece, o los síntomas se vuelven mínimos, la semana después de finalizar el ciclo.
- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento**, que como su nombre indica aparece tras la exposición a una sustancia o medicamento.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica**, cuando los efectos fisiológicos de una enfermedad como puede ser el hipertiroidismo, la mononucleosis o déficits de vitaminas, vienen acompañados de un episodio depresivo.
- **Trastorno depresivo no especificado**, incluye síntomas depresivos, pero no cumple con los criterios diagnósticos de los trastornos mencionados anteriormente.

En la vida de la mujer, uno de los momentos en el que se es más vulnerable para desarrollar depresión es el período que transcurre tras el parto, debido a que convertirse en madre es un proceso de numerosos cambios (3). Además, la incorporación de un hijo a la familia no sólo afecta a la mujer, si no a su pareja, familia y amigos, por lo que ésta nueva realidad suele ser un momento estresante que puede llevar a presentar dificultades para adaptarse y encontrar sus nuevos roles.

Cuando el trastorno aparece en la etapa del postparto, recibe el nombre de “Depresión Postparto” (en adelante DPP), siendo ésta la complicación psiquiátrica más común durante éste periodo (2).

El DSM-V (2) recoge la DPP como un especificador para el trastorno de depresión mayor, y la define como “la aparición de síntomas del estado de ánimo que se produce durante el embarazo o 4 semanas después del parto”, y, aunque generalmente se cumple ese intervalo de tiempo, la DPP puede llegar a aparecer hasta 30 semanas tras el parto. Además, se calcula que la mitad de los episodios de depresión mayor que ocurren en el postparto realmente comienzan durante el embarazo, por lo que dichos episodios se denominan conjuntamente “episodios del periparto” (2).

Así como los cambios que se producen por la incorporación de un nuevo miembro en la familia no sólo afectan a la mujer, ocurre lo mismo con la DPP, que además de afectar a la madre, también afecta a su entorno y al recién nacido. Las mujeres que la sufren suelen presentar sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para crear vínculo con el recién nacido, irritabilidad, ansiedad, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos suicidas (2).

Éste trastorno no tiene una causa única, sino que es multifactorial, ya que se debe a la presencia de varios factores sociales, psicológicos, genéticos y hormonales. Así pues, entre los diferentes factores podemos encontrar la presencia de ansiedad o depresión en el embarazo, elevado perfeccionismo, soledad, falta de apoyo familiar, problemas económicos, vivir un parto complicado o prematuro, o tener problemas con la lactancia materna (3).

La escala más utilizada para detectar la DPP es la “Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo” (en adelante EPDS), que se creó con la finalidad de ayudar a los profesionales de atención primaria a detectar más fácilmente éste fenómeno (3).



La EPDS consta de 10 ítems a responder que resultarán en una puntuación del 0 al 30, indicando una puntuación menor de 10 “sin riesgo de DPP”, una puntuación entre 10-12 “en límite de riesgo de DPP”, y una puntuación mayor o igual a 13 indica “probable DPP”. Toda mujer que obtenga una puntuación mayor o igual a 10 deberá ser derivada a los servicios de salud mental para su valoración. En el apartado de anexos se puede consultar la escala completa y los ítems con su correspondiente puntuación.

En cuanto a la prevalencia de la depresión postparto, la mayoría de los artículos científicos difieren en éste dato, pero los estudios más recientes (3) consideran que éste trastorno afecta al 10%-20% de las mujeres a nivel mundial, respondiendo generalmente al perfil de mujeres con niveles socioeconómicos más bajos y un apoyo familiar insuficiente. Además, su prevalencia varía mucho dependiendo del país y la herramienta de detección utilizada, así pues, la DPP oscila entre el 1,9% y el 82,1% en países desarrollados, con la prevalencia más baja registrada en Alemania y la más alta en Estados Unidos (3).

Teniendo en cuenta los datos expuestos, podemos considerar la depresión postparto como un problema de salud pública que va en aumento, causando un gran sufrimiento para la madre, su entorno y el recién nacido. A pesar de ello, la depresión postparto, al igual que el resto de trastornos mentales, carga con un gran estigma en la sociedad; ya que no está bien visto que en un momento que debería ser de los más felices en la vida de una mujer, ésta desarrolle depresión y no sea capaz de cumplir con el rol de ser madre o cumplir con las expectativas que eso supone.

Así pues, la motivación que me ha llevado a realizar éste trabajo y a plantearme la pregunta de investigación “¿Es la depresión postparto una realidad?”, ha sido el querer mostrar cómo, aunque sea una realidad silenciada y llena de prejuicios, la depresión postparto existe y causa mucho sufrimiento a la mujer que la padece y a todo su entorno. Además, a lo largo de mi formación se me ha inculcado la importancia de tratar al paciente de manera holística, analizándole en su conjunto y siguiendo el modelo bio-psico-social. No obstante, debido a la inercia del propio sistema sanitario, a veces se olvida la parte psicológica de la atención enfermera y olvidamos la importancia de cuidar la salud mental de nuestros pacientes, y cómo éstos necesitan ser escuchado, poder expresar sus emociones y sentirse apoyados.

## OBJETIVOS DEL TRABAJO

El objetivo general del presente trabajo es:

- Demostrar la repercusión de la depresión postparto en la vida de la mujer.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

1. Describir los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la depresión postparto y la importancia de una detección temprana.
2. Conocer las diferentes intervenciones enfermeras que se llevan a cabo para prevenir y/o tratar la depresión postparto.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar, para elaborar y encaminar la búsqueda bibliográfica, se realizó una búsqueda con la palabra clave “depresión postparto” para identificar qué términos se utilizaban para el tema de estudio en la literatura científica.

Tras ésta primera búsqueda orientativa, se observó la necesidad de combinar “depresión postparto” con el término “buena salud”, en lenguaje natural a falta de adaptación al lenguaje documental, para poder responder al objetivo general y obtener artículos relacionados con el tema de interés, ya que de lo contrario se obtenían una gran cantidad de artículos poco relacionados con el tema.

De ésta manera, y con el objetivo de responder a los objetivos del trabajo, se procede a transformar las palabras clave del lenguaje natural al lenguaje documental mediante la utilización de la herramienta DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud).

Finalmente se establecieron los siguientes descriptores (a excepción del término “buena salud”, en inglés “good health”, ya que no tiene adaptación al lenguaje documental):

LENGUAJE NATURAL	DESCRIPTOR EN ESPAÑOL	DESCRIPTOR EN INGLÉS
Depresión postparto	Depresión postparto	Postpartum depression
Factores de riesgo	Factores de riesgo	Risk factors
Prevención	Prevención	Prevention
Cuidados de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care

También se ha utilizado el término “adolescente” (en inglés “adolescent”) para excluirlo de los resultados y especificar todavía más la búsqueda, ya que aparecían gran cantidad de artículos relacionados con éste grupo poblacional, que no es de interés en la presente revisión.

Como primer nivel de búsqueda que responde al objetivo general, se optó por la combinación de los términos “postpartum depression” y “good health”, relacionados mediante el operador booleano “AND”.

Como segundo nivel de búsqueda que responde a los objetivos específicos, se combinaron los descriptores “postpartum depression”, “risk factors” y “prevention”, relacionados mediante el operador booleano “AND”. Además de la combinación de “postpartum depression”, “nursing care”, “prevention” y “adolescent”, quedando ésta última combinación de la siguiente manera: (postpartum depression) AND (nursing care) AND (prevention) NOT (adolescent).

Las bases de datos se seleccionaron teniendo en cuenta que pertenecieran al campo de las Ciencias de la Salud y que los resultados obtenidos fueran adecuados y tuvieran relación con el tema a estudiar. Finalmente, se escogieron para realizar la búsqueda las siguientes bases de datos: “PubMed”, por tener el mayor registro de artículos y revistas sobre todas las áreas del campo de la salud, y “CINAHL”, por ser una base de datos especializada en enfermería y otras disciplinas relacionadas con las Ciencias de la Salud. En ambas bases de datos se realizó la misma búsqueda bibliográfica, utilizando las mismas combinaciones de descriptores, y el único filtro utilizado fue el de mostrar resultados de los últimos 10 años (2011-2021).

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- **Criterios de inclusión:**

- Artículos publicados en los últimos 10 años (2011-2021).
- Mujeres en edad reproductiva.
- Mujeres primíparas y/o multíparas.

- **Criterios de exclusión:**

- Publicaciones anteriores al año 2011.
- Mujeres que no se encuentran en edad reproductiva.
- Embarazo adolescente.

- Situación de infertilidad o esterilidad en la mujer.
- Duelo perinatal.
- Antecedentes de trastorno mental antes del embarazo y/o parto.

## **RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Introduciendo la combinación de descriptores explicada anteriormente en las bases de datos seleccionadas, se obtuvieron los siguientes resultados:

### PUBMED:

- Primer nivel de búsqueda: 151 artículos totales.
- Segundo nivel de búsqueda: 722 artículos totales.

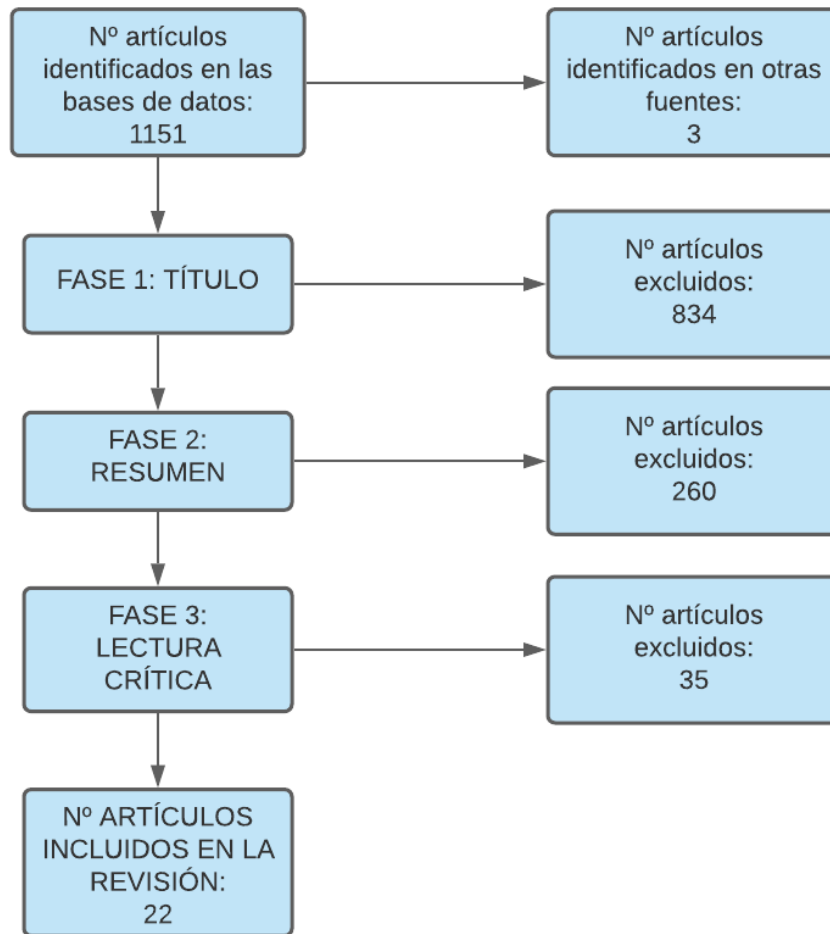
### CINAHL:

- Primer nivel de búsqueda: 10 artículos totales.
- Segundo nivel de búsqueda: 268 artículos totales.

Dado el gran número de resultados obtenidos en total (1151 artículos), se procedió a la lectura del título, tanto del primer nivel como del segundo nivel, y se recopilaron un total de 317 artículos (descartando por título 834 resultados al no ser de interés para el tema de estudio). A continuación, se procedió a leer de la misma manera el resumen, y se recopilaron 57 artículos (descartando por resumen 260 resultados por no responder a los objetivos del trabajo).

Tras la lectura crítica de los artículos, se descartaron aquellos que no cumplían con los objetivos a responder en el trabajo, contenían criterios de exclusión definidos para ésta revisión, o no tenían una metodología adecuada. Por lo que finalmente, se seleccionaron un total de 22 artículos para incluirlos en ésta revisión bibliográfica, siendo 16 artículos de PubMed (4 del primer nivel y 12 del segundo nivel), 3 artículos de CINAHL (1 del primer nivel y 2 del segundo nivel), y 3 artículos más que fueron encontrados mediante bibliografía inversa.

Para realizar la lectura crítica de los artículos seleccionados se ha utilizado la herramienta “CASPe”, y para evaluar el nivel de evidencia de cada uno se ha utilizado la escala SIGN.



*Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. Fuente: elaboración propia.*

En cuanto a los artículos escogidos, destacar que la mayoría son de autores de origen estadounidense, chino, y europeo. Entre los países de la Unión Europea destacan España y Portugal, además de encontrar también uno de Suecia, Suiza y Bélgica.

Respecto al tipo de artículos, encontramos ocho ensayos clínicos, tres estudios de cohortes, dos estudios cuantitativos, dos revisiones bibliográficas, dos estudios descriptivos, una síntesis de evidencia cualitativa, un estudio cualitativo, una revisión sistemática, un estudio transversal y un reporte de casos. En el apartado de anexos se encuentra una tabla que incluye la información relativa a cada artículo de manera más detallada.

La revisión de la bibliografía existente se ha llevado a cabo a través de la estrategia de búsqueda planteada entre los meses de marzo y abril de 2021.

A continuación, se expone una tabla resumen de las características principales de los artículos escogidos:

<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR PRINCIPAL</b>	<b>PAÍS</b>	<b>AÑO PUBLICACIÓN</b>	<b>DISEÑO</b>	<b>TAMAÑO MUESTRAL</b>	<b>FUENTE</b>	<b>NIVEL DE EVIDENCIA</b>
Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women.	Okun, Michele L et al.	Estados Unidos	2018	Estudio descriptivo longitudinal	116 mujeres embarazadas y en el postparto	PUBMED	2+
Mother's postnatal stress: an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum.	Ewa Hildingsson and Ingegerd Hildingsson	Suecia	2015	Estudio de cohortes	702 mujeres suecas embarazadas	CINAHL	2++
Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression.	Da Silva Tanganhito, et al.	Reino Unido	2019	Síntesis de la evidencia cualitativa	Mujeres con depresión postparto	PUBMED	2++
Quality of life, social support and depressive symptoms in postpartum women at 6 weeks postpartum.	Oliveira Caetano et al.	Portugal	2019	Estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional	69 puérperas ingresadas en una planta de maternidad	Bibliografía inversa	2++
The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period.	Razurel, Chantal Kaiser, Barbara	Suiza	2015	Estudio cuantitativo	235 mujeres primíparas	PUBMED	2++

Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes.	Slomian, Justine et al.	Bélgica	2019	Revisión sistemática		PUBMED	2++
Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía.	Calsina, Salut Puig et al.	España	2018	Revisión bibliográfica		Bibliografía inversa	2++
Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression.	Dennis, Cindy-Lee et al.	Canadá	2020	Ensayo clínico aleatorizado controlado	241 mujeres con depresión postparto	PUBMED	2++
Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression.	Unsal Atan, Ş et al.	Turquía	2018	Estudio transversal	1010 mujeres que han dado a luz	PUBMED	2+
Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression.	Ugarte, Amaia et al.	España	2017	Ensayo clínico aleatorizado controlado	600 mujeres en el tercer trimestre de embarazo	PUBMED	2++

Parental Engagement and Early Interactions With Preterm Infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression.	Xie, Jun et. al	China	2019	Estudio de cohortes	151 madres y sus bebés prematuros	PUBMED	2++
Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development.	Anderson, Cheryl Cacola, Priscila	Estados Unidos	2017	Estudio descriptivo	Mujeres que han tenido un parto prematuro	PUBMED	2+
Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study.	Vieira, Erika de Sá et. al	Brasil	2018	Estudio de cohortes	83 mujeres que han dado a luz	PUBMED	2++
Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin.	Badr, Hanan A Zauszniewski, Jaclene	Estados Unidos	2017	Revisión bibliográfica		PUBMED	2++
Introducing mother-baby interaction therapy for mothers with postpartum depression and their infants.	Horowitz, June Andrews et. al	Estados Unidos	2019	Reporte de casos	2 mujeres con síntomas de depresión postparto	PUBMED	3
Home-based nursing for improvement of quality of life and depression in patients with postpartum depression.	Zhuang, Chun-Yu et. al	China	2020	Ensayo clínico aleatorizado controlado	92 mujeres con depresión postparto	PUBMED	2++



Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial.	Liu, Hongling Yang, Yang	China	2021	Ensayo clínico aleatorizado controlado	843 mujeres primíparas con riesgo de desarrollar depresión postparto	PUBMED	2++
Mothering the Mother: An Educational Program for Nurse-Provided Continuous Labor Support.	Murn, Nicole L	Estados Unidos	2019	Ensayo clínico	Puérperas ingresadas en una planta de maternidad	CINAHL	2++
Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression.	McCarter-Spaulling, Deborah Shea, Stephen	Estados Unidos	2016	Ensayo clínico aleatorizado controlado	170 mujeres que han dado a luz y tienen riesgo de desarrollar depresión postparto	PUBMED	2++
Be a Mom, a Web-Based Intervention to Prevent Postpartum Depression: Results	Fonseca, Ana et. al	Portugal	2020	Ensayo clínico aleatorizado controlado	194 mujeres que presentan factores de riesgo o	CINAHL	2++

From a Pilot Randomized Controlled Trial.					síntomas de DPP		
Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura.	Félix, Tamires Alexandre et. al	Brasil	2013	Estudio cualitativo de investigación-acción	Enfermeras del centro de salud Sinhá Sabóia	Bibliografía inversa	2++
Postpartum Depression: Are You Listening?	Falana, Sophia D Carrington, Jane M	Estados Unidos	2019	Ensayo clínico	Mujeres en riesgo de desarrollar depresión postparto	PUBMED	2++

## DISCUSIÓN

Los artículos incluidos en la presente revisión han permitido dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, así como al objetivo general y a los objetivos específicos propuestos.

### **Demostrar la repercusión de la depresión postparto en la vida de la mujer.**

En primer lugar, se ha podido comprobar como la DPP no sólo afecta a la mujer que la sufre, sino también a todo su entorno, incluyendo al recién nacido, a su relación de pareja, la familia y las relaciones sociales; además de tener consecuencias negativas sobre la calidad de vida de éstas madres (3) (4) (5) (6) (7) (8).

Slomian J. et al. (3) describe cómo la DPP afecta negativamente en numerosos aspectos de la vida de éstas madres. Entre los aspectos identificados se encuentran la salud física, ya que las mujeres con DPP presentan mayor retención de peso en el postparto y fatiga; la salud mental, puesto que los síntomas propios de la DPP provocan niveles más bajos de ánimo a largo plazo, menor vitalidad y funcionalidad, limitaciones en su rol por problemas emocionales e ideas autolíticas, autoestima más baja, mayores niveles de ansiedad y estrés, se muestran menos felices y tienen más ira, pero menor control sobre ella. Todo ello provoca que éstas mujeres acudan más a menudo al médico de familia que las madres sanas. Asimismo, las mujeres con DPP tienen menor puntuación en todas las dimensiones de calidad de vida que las mujeres sin DPP, ya que tienden a presentar más problemas económicos, menor apoyo social y problemas para relacionarse, así como problemas de pareja y sexualidad. Respecto al entorno, las madres con DPP tienen el doble de probabilidades que las madres sin DPP de quedarse sin hogar, además de no tener un lugar limpio y cuidado; y en cuanto a la vida laboral y el tiempo que tardan las mujeres en volver al trabajo tras el parto, no se encontraron diferencias entre las madres con y sin DPP (3).

Por último, en éste mismo estudio (3) los autores destacan la importancia de detectar la DPP lo antes posible para evitar complicaciones a largo plazo.

Okun et al. (4) afirma, mediante un estudio realizado con 116 mujeres embarazadas y en el período del postparto, que existe una relación significativa entre la mala calidad del sueño y sufrir síntomas de ansiedad y depresión. Dicha relación se evaluó a través de diferentes escalas: “Pittsburgh Sleep Quality Index” (PSQI), “Patient Health

Questionnaire” (PHQ-9), la EPDS y “Overall Anxiety Severity and Impairment Scale” (OASIS).

En el estudio se encontraron importantes diferencias entre las mujeres que dormían bien ( $PSQI \leq 5$ ) y las que dormían mal ( $PSQI > 5$ ) a los 6 meses postparto en las puntuaciones de las escalas “OASIS”, “PHQ9” y la “EPDS”; obteniendo las mujeres que dormían mal mayor puntuación en comparación con las que dormían bien, lo que indica síntomas de ansiedad y depresión. En la escala “OASIS”, un 10,3% de las participantes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 8, lo que sugiere un posible trastorno de ansiedad. Mediante las puntuaciones en el “PHQ9”, se encontró que un 30,2% de las participantes puntuaron entre 5 y 9 (indica síntomas depresivos leves), un 4,3% puntuaron entre 10 y 14 (indica síntomas depresivos moderados) y un 2,5% puntuaron igual o mayor a 20 (indica síntomas depresivos graves). Por último, en cuanto a la EPDS, un 9,5% de las mujeres obtuvieron una puntuación igual o mayor a 11, lo que sugiere una posible DPP o síntomas de ansiedad.

Okun et al. (4) concluye que, en base a la información disponible, se observa una clara asociación entre la mala calidad del sueño y la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres seis meses después del parto. Dichos hallazgos avalan la necesidad de mayor investigación sobre la calidad del sueño durante el período perinatal para brindar un apoyo más completo a las madres y a los bebés.

Andersson y Hildingsson (5), mediante un estudio de cohortes en el que participaron 702 mujeres embarazadas, afirman que la presencia de estrés parental deriva en la aparición de síntomas depresivos y una mala salud mental después del nacimiento. El estrés parental es definido como “un desequilibrio entre las demandas percibidas como padres y la disponibilidad de recursos” (5).

Los resultados obtenidos en éste estudio muestran que la asociación más significativa se encuentra entre el estrés parental por un sentimiento de incompetencia y no ser capaz de cumplir con el rol de cuidador, y los síntomas de DPP. Además, se observó que la multiparidad se asocia con altos niveles de estrés parental y que un nivel educativo menor fue un factor protector frente al estrés, ya que las mujeres universitarias mostraban más signos de estrés. Finalmente, los autores (5) apuntan a la importancia de identificar y apoyar a las madres con síntomas depresivos desde el inicio de éstos.

Da Silva et. al (6), encontraron cómo la experiencia con la lactancia materna era muy diferente cuando la madre sufría DPP. Así pues, el deseo de amamantar para ser vistas

como “buenas madres” motiva a las mujeres a negar que están experimentando síntomas de DPP, lo que provoca que no busquen ayuda profesional y su bienestar se vea afectado. Otras mujeres sentían que no poder ofrecer suficiente comida a sus bebés era un desencadenante de ansiedad y muchas pensaban que haber fracasado con la lactancia materna era la causa de su depresión. Cuando las mujeres hablan sobre el apoyo de su pareja la mayoría lo describen de manera negativa, en cambio, cuando hablan sobre el apoyo de su familia y amigos la mayoría de comentarios son positivos.

Finalmente, los autores del estudio (6) observaron que las mujeres con síntomas de DPP expresaron la necesidad de poder hablar con alguien sobre su salud mental, sus problemas con la lactancia materna y otras necesidades, pero no pudieron o no quisieron hacerlo debido a una posible respuesta negativa por parte de su entorno o porque pensaron que nadie las escucharía.

Oliveira et. al (7) analizaron la relación entre la calidad de vida, el apoyo social y los síntomas depresivos en puérperas a las 6 semanas postparto, encontrando que las puérperas consideran las relaciones sociales muy importantes durante el postparto, e indicaron que el apoyo emocional es el tipo de apoyo que necesitan en mayor medida durante éste periodo. Además, en éste mismo estudio observaron que la presencia de profesionales de la salud ayuda a las mujeres a disminuir sus miedos y ansiedad alrededor de la maternidad, y que cuando se realizan visitas a domicilio durante el postparto se obtiene una mayor satisfacción.

Los autores (7) concluyen que la expresión de los síntomas depresivos debe considerarse como una variable sensible en el periodo postparto y que un apoyo social adecuado y una buena calidad de vida ayudan a prevenir la aparición de DPP.

De la misma forma, Razurel et. al (8) estudiaron la relación entre el apoyo social y la DPP, definiendo cuatro tipos diferentes de apoyo: “ser escuchada”, “ser aconsejada”, “ser ayudada” y “ser reconocida y respetada en sus elecciones”. Además, identificaron cinco fuentes que podían brindar ese apoyo: la madre de la mujer, el cónyuge, la familia, amigos, y profesionales. Asimismo, encontraron que las mujeres jóvenes (<31 años) estaban más satisfechas con el apoyo de sus madres, en cambio, las mujeres mayores (>31 años) estaban más satisfechas con el apoyo de los profesionales sanitarios. No obstante, los dos grupos de edad coincidieron en que el apoyo emocional era el más importante para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión durante el postparto, lo que se corresponde con el resto de estudios.

Los autores del estudio (8) concluyen que, además del apoyo social del entorno de la mujer, un adecuado apoyo informativo por parte de los profesionales en el periodo del postparto está relacionado con una disminución de la ansiedad.

**Describir los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la depresión postparto y la importancia de una detección temprana.**

En segundo lugar, los autores coinciden en la descripción de los factores de riesgo para desarrollar DPP y están de acuerdo en que es fundamental detectar el trastorno lo antes posible mediante herramientas fiables y validadas como la EPDS (9) (10) (11) (12).

Ugarte et. al (9) describen que los factores de riesgo para desarrollar DPP incluyen: antecedentes de depresión u otros trastornos mentales previos, vivir en un entorno vulnerable, el temperamento del bebé, nivel socioeconómico bajo, falta de apoyo social y familiar, problemas de pareja durante el embarazo o haber sufrido experiencias traumáticas en embarazos previos.

Asimismo, Vieira et. al (10) añaden a los factores de riesgo ya mencionados en el anterior estudio (9), los conflictos intrapersonales e interpersonales, eventos estresantes, problemas de salud y complicaciones durante el embarazo y el postparto. Además, los autores (10) encontraron una relación significativa entre la DPP y la interrupción temprana de la lactancia materna, ya que se evidenció que el grupo de mujeres con una puntuación  $\geq 10$  en la escala EPDS abandonaban la lactancia en una media de 27 días postparto, mientras que la media de las mujeres con una puntuación  $\leq 9$  fue de 38 días postparto. Por tanto, éste estudio concluye que no ser capaz de amamantar al bebé correctamente aumenta el riesgo de sufrir DPP.

Por otro lado, Calsina et. al (11) y Anderson y Cacola (12), coinciden en que tener un parto prematuro también es un factor de riesgo para desarrollar DPP.

En el primer estudio (11), se observó que las madres de bebés prematuros tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo del postparto superior a la de madres con bebés sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse y el riesgo de niveles elevados de ansiedad prácticamente se triplica en éstas madres, puesto que reconocen no verse preparadas para afrontar el nacimiento de un bebé prematuro y realizar los cuidados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, lo que implica una situación de shock y dificulta la creación de los roles maternos y de apego (11).

En el segundo estudio (12), observaron que el trauma de experimentar un parto prematuro puede provocar depresión materna y sintomatología del trastorno de estrés postraumático, y que para éstas mujeres las tasas de depresión pueden ser > 40%, ya que aumentan las posibilidades de que aparezcan numerosas complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

**Conocer las diferentes intervenciones enfermeras que se llevan a cabo para prevenir y/o tratar la depresión postparto.**

En último lugar, son muchas las intervenciones enfermeras que recogen los artículos para prevenir y tratar la DPP que han demostrado ser eficaces, desde las intervenciones más conocidas como el método canguro o programas de psicoeducación, hasta intervenciones más novedosas como las visitas domiciliarias en el periodo del postparto o la terapia interpersonal telefónica impartida por enfermeras.

Falana et. al (13) destacan la importancia del rol de la enfermera en la detección de la DPP mediante el uso de escalas validadas como la EPDS, y en la derivación de la paciente a los servicios de salud mental correspondientes, además de que es función de la enfermera desarrollar programas de prevención y actividades para disminuir el riesgo de las mujeres de desarrollar DPP.

El estudio (13) concluye que la educación para la salud proporcionada por enfermeras y dirigida a las madres en riesgo o con diagnóstico de DPP es fundamental para un correcto tratamiento, ya que enseñar a las madres a establecer vínculos afectivos con su bebé, promover la lactancia materna y recordarles que también deben cuidarse a sí mismas es muy importante para disminuir los síntomas depresivos.

Fonseca et. al (14) mediante un ensayo clínico realizado con 194 mujeres en riesgo o con síntomas de DPP, desarrollaron un programa web llamado “Be a Mom”, que consiste en una intervención preventiva auto guiada basada en la web, es decir, es la mujer quién realiza las actividades del programa por su cuenta a través de internet, sin soporte humano en ese momento. Además, el programa se basa en los principios de la terapia cognitivo-conductual, una terapia psicológica que ha demostrado ser eficaz para prevenir la DPP. Las mujeres de éste estudio se dividieron aleatoriamente en dos grupos, un grupo de intervención que recibió acceso a la web del programa “Be a Mom” y otro grupo de control que recibió el tratamiento estándar, apuntándose en la lista de espera para recibir terapia psicológica.

Los resultados del ensayo (14) mostraron que las mujeres del grupo de intervención presentaron una disminución significativamente mayor en los síntomas depresivos y de ansiedad en comparación con el grupo de control, siendo la disminución de las puntuaciones en las escalas EPDS y HADS el doble en el grupo de intervención que en el grupo de control. Dichos resultados sugieren la viabilidad del programa “Be a Mom” y su efectividad para reducir los síntomas depresivos y de ansiedad.

Los autores (14) concluyen que se necesitan más investigaciones para establecer ésta intervención como una intervención preventiva selectiva para la DPP persistente y que es muy importante enfocar las intervenciones preventivas para la DPP en los síntomas de depresión y ansiedad, y no sólo tener en cuenta los síntomas depresivos.

Otro programa fue desarrollado por Murn NL. (15) con el objetivo de promover una educación centrada en los beneficios de los cuidados continuos tras el parto, dirigido a enfermeras perinatales para así aumentar el conocimiento y la conciencia fisiológica del parto, cambiar la práctica clínica y mejorar los resultados maternos. Éstos cuidados consisten en reducir al mínimo posible las intervenciones con monitoreo fetal, no utilizar anestesia y proteger el espacio de parto de la madre, permitiendo que no haya límites en la cantidad de familiares o niños que la madre desee tener presentes durante el parto.

Durante la realización del programa, algunas enfermeras manifestaron que el uso de medidas anticuadas como administrar por defecto la anestesia antes del parto, utilizar la posición ginecológica tradicional y no la deseada por la madre, y la presencia del padre como único acompañante durante el parto, les dificultaba poner en práctica los cuidados de apoyo continuo en el trabajo de parto.

A través de éste estudio (15), se ha demostrado que cuando las enfermeras proporcionan éste tipo de apoyo, las mujeres tienen más partos vaginales espontáneos, menos cesáreas, partos más cortos, menos necesidad de anestesia, menos partos instrumentales, y por consiguiente, las mujeres informan de una mayor satisfacción con la experiencia del parto, menores niveles de estrés, ansiedad y preocupación.

Relacionado con la experiencia del parto, Unsal et. al (16), mediante un estudio realizado con 1010 mujeres que habían dado a luz, encontraron que no había una correlación significativa entre el tipo de parto (vaginal o por cesárea) y la DPP, pero sí entre las intervenciones utilizadas y la experiencia de parto de las madres y la DPP. Así pues, se observó que las puntuaciones de la EPDS fueron más altas en las mujeres que no tenían



seguro médico, experimentaron problemas de salud durante el embarazo, no recibieron clases de preparación para el parto, tuvieron un parto prolongado y/o uso de enema, inducción de oxitocina y amniotomía (rotura artificial de las membranas fetales). Además, un 41,4% de las participantes evaluaron la experiencia del parto como moderada, mala y muy mala, lo que aumenta los niveles de ansiedad y estrés maternos. Finalmente, los resultados del estudio (16) enfatizaron que las intervenciones durante el parto no deben realizarse de manera rutinaria y los profesionales de la salud deben capacitarse para reducir y tomar conciencia del riesgo de DPP en las mujeres durante el trabajo de parto.

En cuanto a las intervenciones que se realizan en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), Calsina et. al (11) evalúan diferentes intervenciones enfermeras que ayudan a disminuir la aparición de trastornos mentales en madres de bebés prematuros. En primer lugar, destacan los modelos de atención centrados en la familia, que se basan en considerar a la familia como referente en la vida del recién nacido; y las intervenciones educativas para aumentar los conocimientos de los padres sobre los prematuros y poder participar en su cuidado, como es el empoderamiento de las madres a través de un programa educativo-conductual, o una actividad en la que los padres, junto con la enfermera, analizan los comportamientos que tienen con el recién nacido. Ambas intervenciones han demostrado conseguir una disminución del estrés parental.

Además, en el mismo estudio (11) se evaluaron las intervenciones que potencian el rol cuidador de los padres, como es la utilización del método canguro, que se relaciona con puntuaciones significativamente más bajas en las escalas de distrés psicológico y menores tasas de depresión y ansiedad en las madres tras 4 meses después del parto. De igual forma, se observó como las actividades conocidas como “Family Nurture Intervention”, que consisten en la transmisión de mensajes sensoriales al recién nacido a través de las madres, mejoran el neurodesarrollo infantil y tienen efectos beneficiosos para las madres, que se ven más capaces y satisfechas con su rol de cuidadora. Dentro de éstas actividades encontramos el método canguro, la lactancia materna, el intercambio de mantas o peluches con el olor del bebé y de la madre, potenciar que la madre hable con el bebé etc. Los autores del estudio (11) aseguran que la utilización de materiales de soporte como video guías, folletos, o visitas guiadas a la UCIN para mujeres ingresadas por un parto prematuro inminente, ayudan a disminuir la ansiedad y a complementar el trabajo educativo de los profesionales. Por último, concluyen que las intervenciones de apoyo

psicoemocional a los padres, como las técnicas de relajación, ayudan a disminuir la ansiedad (pasando de 46,3 a 41,6 en las puntuaciones de las escalas para medir la ansiedad), y que el envío de mensajes cortos a los padres durante el ingreso del recién nacido en la UCIN, ayudan a aumentar la confianza en el equipo profesional y a disminuir la ansiedad.

En cuanto a la educación al alta, McCarter et. al (17) compararon a un grupo de mujeres que recibieron el tratamiento estándar con otro grupo que recibió la intervención del programa de educación al alta, pero no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos según las puntuaciones de la EPDS en cualquiera de los puntos de seguimiento. No obstante, durante el período de seguimiento de 6 meses, un 10,2% de las mujeres en el grupo de control y un 7,6% de las mujeres en el grupo de intervención, informaron haber recibido tratamiento para la depresión.

Los autores creen que éstos resultados son debidos a que las demandas de un recién nacido reducen la atención que dedican las madres a las encuestas enviadas por correo o los mensajes telefónicos.

Finalmente, el estudio (17) concluye que dar prioridad al tiempo de las enfermeras para brindar atención a las mujeres en riesgo puede ser más efectivo que una intervención educativa estandarizada, y que la educación sobre la DPP durante la ajetreada hospitalización puede no ser un uso eficaz del tiempo de las enfermeras, ya que puede reducir la atención a prioridades importantes en ese momento como la alimentación infantil y el cuidado materno, así como el descanso.

En relación a las consultas de atención primaria, Alexandre et. al (18) observó que la mayoría de las enfermeras de éste servicio no tienen conocimiento suficiente sobre la DPP ni sus síntomas, aunque sí que son capaces de identificar muchos factores relacionados. No obstante, éste estudio demuestra que, tras una intervención dirigida a las enfermeras de atención primaria acerca de la DPP y su detección, éstas adquieren las competencias necesarias para detectarla y tratarla.

Los autores (18) concluyen que recibir atención de una enfermera formada en DPP y que ésta realice una intervención adecuada tiene un efecto positivo en la prevención del trastorno.

Respecto a las terapias recomendadas para tratar la DPP, son tres los estudios encontrados que evalúan las intervenciones enfermeras a éste nivel.

En primer lugar, Ugarte et. al (9), realizaron un estudio con 600 mujeres embarazadas que fueron divididas en dos grupos, uno que recibió el tratamiento habitual con seguimiento de su matrona y ginecólogo, y otro grupo que recibió la intervención, que consistía en sesiones semanales enfocadas a mejorar la información que tienen las mujeres sobre la DPP, estilos de vida saludables, técnicas para el manejo de la ansiedad, habilidades sociales y resolución de problemas. Los resultados mostraron que el grupo de intervención tuvo mayor disminución de síntomas depresivos y de ansiedad que el grupo control.

Los autores (9) destacan que es esencial prestar más atención al bienestar general de las mujeres, incluida su salud mental, especialmente en mujeres con factores de riesgo conocidos para sufrir DPP.

En segundo lugar, Liu H. (19), demostraron que, en comparación con la atención de rutina, la intervención cognitivo-conductual alivió significativamente la depresión y la ansiedad postparto. La realización de la intervención cognitivo-conductual fue capaz de reducir eficazmente la incidencia de DPP en mujeres primíparas en riesgo, además de reducir los síntomas de ansiedad e insomnio y mejorar la calidad de vida de las mujeres. Finalmente, los autores (19) concluyen que la intervención cognitivo-conductual por parte de la enfermera es efectiva y alivia la ansiedad y depresión en mujeres primíparas.

Y, en tercer lugar, encontramos que Cindy-Lee et. al (20) evaluaron la eficacia de la terapia interpersonal telefónica impartida por enfermeras capacitadas y comprobaron que las intervenciones telefónicas son muy accesibles, flexibles, privadas y no estigmatizantes. La intervención fue muy aceptada por las mujeres y mostró cómo el grupo que la recibió disminuyó sus niveles de ansiedad y depresión en comparación con el grupo que no recibió la intervención.

El estudio (20) concluyó que la psicoterapia interpersonal telefónica proporcionada por enfermeras es un tratamiento eficaz para la DPP y ansiedad que puede mejorar las disparidades en el acceso al tratamiento.

En cuanto a las interacciones entre la madre y el recién nacido, encontramos que, Xie J. et. al (21) evaluaron la efectividad de las interacciones tempranas con los bebés prematuros durante el ingreso en la UCIN, y observaron cómo éstas reducían el riesgo de desarrollar DPP tardía. Además, el estudio (21) concluye que el padre también puede jugar un papel importante en los beneficios de las interacciones tempranas, ya que

normalmente las madres necesitan un período de recuperación tras el parto y la participación de éste puede ser crucial, además de la importancia del rol de la enfermera en dicho proceso.

De igual forma, Horowitz et. al (22) demostraron, mediante un reporte de casos, la viabilidad y aceptabilidad del programa “Mother-Baby Interactions”, que además puede llevarse a cabo por la enfermera desde atención primaria, centros de salud mental o desde el domicilio. Los autores (22) concluyen que éste programa debe ser un tipo de tratamiento complementario para la DPP, la ansiedad perinatal y otros trastornos, para así garantizar el bienestar de la madre y el bebé y los resultados positivos en la salud mental a largo plazo.

Además, Badr et. al (23) estudiaron la relación entre el método canguro y la DPP, encontrando que éste método juega un papel importante en la disminución del riesgo de DPP, ya que el contacto piel con piel entre la madre y el bebé desencadena la liberación de oxitocina, hormona que se vincula con la disminución del riesgo de síntomas depresivos y el estrés materno. Por tanto, el estudio (23) concluye que el método canguro puede utilizarse como medida no farmacológica para mejorar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Finalmente, encontramos como intervención enfermera para la DPP las visitas de enfermería a domicilio, evaluadas a través de un estudio en el que Zhuang et. al (24) observaron que, además de mejorar el estado emocional de las pacientes y producir una disminución significativa de las puntuaciones de la EPDS, las visitas domiciliarias mejoraban los niveles de las hormonas que pueden estar relacionadas con la DPP (E2, 5-HT y PRGE). El estudio (24) concluye que la enfermería a domicilio puede mejorar directamente la calidad de vida y salud mental de éstas mujeres.

## CONCLUSIONES

A raíz de la presente revisión, se puede considerar que la DPP es un problema de salud pública que va en aumento, además, se ha podido comprobar cómo no sólo afecta a la mujer, sino también a todo su entorno. Éste trastorno está vinculado a diversos factores de riesgo, muchos de los cuales son modificables y evitables con una correcta estrategia de prevención, lo que evidencia la necesidad de mayor atención e investigación en torno a la salud mental durante el embarazo y el puerperio.

Se ha demostrado como las intervenciones enfermeras ante la DPP son viables, eficaces, y cada vez más utilizadas en los diferentes ámbitos en los que podemos desarrollar nuestra profesión. Así pues, desde el ámbito de atención primaria, las enfermeras tienen un papel fundamental en el desarrollo de programas psicoeducativos y en la detección precoz de la DPP a través de herramientas validadas como la EPDS, por lo que los profesionales deben conocer el trastorno, los síntomas, y sus factores de riesgo, entre los que se encuentran falta de apoyo familiar y social, antecedentes de salud mental o un nivel socioeconómico bajo. Asimismo, es muy importante por parte de la matrona aprovechar las consultas de seguimiento tras el parto para valorar el riesgo de DPP en éste periodo tan vulnerable para las mujeres.

También se ha podido ver cómo el rol de la enfermera a la hora de promover la lactancia materna y las interacciones entre la madre y el bebé ayudan notablemente a reducir los síntomas de depresión y ansiedad, y que las visitas de enfermería a domicilio en el periodo del postparto muestran resultados prometedores tanto para prevenir la DPP como para disminuir sus síntomas.

Finalmente, se puede concluir que se deben fomentar las intervenciones no farmacológicas que han demostrado ser eficaces para prevenir y tratar la DPP, sin olvidar que es necesario un enfoque y abordaje multidisciplinar que incluya profesionales de psicología clínica para tratar adecuadamente éste trastorno.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. [Revisado: 30 enero 2020, Consultado 24 abril 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
2. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). (5a. ed.). Arlington: Estados Unidos, 2013.
3. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond Engl)*. 2019.
4. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *J Behav Med*. 2018 Oct;41(5):703–10.
5. Rn EA, Lecture S, Rn IH. Mother's postnatal stress : an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum. 2015;(15).
6. Da Silva Tanganhito D, Bick D, Chang Y-S. Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women Birth*. 2020 May;33(3):231–9.
7. Oliveira Caetano A, Marques Monteiro Dias Mendes I, Clemente Rodrigues R. Calidad de vida, apoyo social y síntomas depresivos en puérperas a las 6 semanas posparto. *Matronas profesión*. 2019;20(4):20–7.
8. Razurel C, Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women Health*. 2015.
9. Ugarte AU, López-Peña P, Vangeneberg CS, Royo JGT, Ugarte MAA, Compains MTZ, et al. Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA. *BMC Psychiatry*. 2017 Jan;17(1):13.
10. Vieira E de S, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM di, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Sep;26:e3035.

11. Calsina SP, Gutiérrez NO, Del Fresno SC, Besa ME, Codina LC, Tricas JG. Anxiety and depression in mothers of preterm infants. Intervention strategies and literature review. *Matronas Prof.* 2018;19(1):21–7.
12. Anderson C, Cacola P. Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2017;42(2):108–14.
13. Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? *Nurs Clin North Am.* 2019 Dec;54(4):561–7.
14. Fonseca A, Alves S, Monteiro F, Gorayeb R, Canavarro MC. Be a Mom, a Web-Based Intervention to Prevent Postpartum Depression: Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. *Behav Ther.* 2020;51(4):616–33.
15. Murn NL. Mothering the Mother: An Educational Program for Nurse-Provided Continuous Labor Support. *J Perinat Educ.* 2019 Oct;28(4):199–209.
16. Unsal Atan Ş, Ozturk R, Gulec Satir D, Ildan Çalim S, Karaoz Weller B, Amanak K, et al. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sex Reprod Healthc Off J Swedish Assoc Midwives.* 2018 Dec;18:13–8.
17. McCarter-Spaulding D, Shea S. Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016;41(3):168–72.
18. Félix TA, Nogueira Ferreira AG, d'Avila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muniz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enferm Glob.* 2013;12(1):404–19.
19. Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry.* 2021 Jan;20(1):2.
20. Dennis C-L, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2020 Apr;216(4):189–96.

21. Xie J, Zhu L, Zhu T, Jian Y, Ding Y, Zhou M, et al. Parental Engagement and Early Interactions With Preterm Infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression. *J Nerv Ment Dis.* 2019 May;207(5):360–4.
22. Horowitz JA, Posmontier B, Chiarello LA, Geller PA. Introducing mother-baby interaction therapy for mothers with postpartum depression and their infants. *Arch Psychiatr Nurs.* 2019 Jun;33(3):225–31.
23. Badr HA, Zauszniewski JA. Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *Int J Nurs Sci.* 2017 Apr;4(2):179–83.
24. Zhuang C-Y, Lin S-Y, Cheng C-J, Chen X-J, Shi H-L, Sun H, et al. Home-based nursing for improvement of quality of life and depression in patients with postpartum depression. *World J Clin cases.* 2020 Oct;8(20):4785–92.



## ANEXOS

### Anexo 1: Fichas técnicas de los artículos escogidos.

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
1	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. J Behav Med. 2018 Oct.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Los síntomas de depresión y ansiedad son comunes en el posparto, las mujeres que experimentan estos síntomas tienen más probabilidades de tener dificultades para establecer y mantener interacciones fuertes entre madre e hijo, dificultades para seguir los programas de prevención y la satisfacción con el rol materno. Identificar los factores de riesgo de depresión y ansiedad posparto es esencial para proporcionar estrategias para disminuir dichos efectos en las madres y los bebés. El estudio actual proporciona nueva información sobre las medidas concurrentes de la calidad del sueño y el afecto materno en el momento del postparto.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Evaluar la relación entre la calidad del sueño y los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres durante el embarazo y el postparto.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes		
		Estado actual del tema	Descriptivo (longitudinal)	X	
		Revisión histórica	Cualitativa		
	<b>Año de realización</b>	2018			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)	PSQI, OASIS, PHQ9 y EPDS			
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas	Entrevistas a mujeres en el embarazo y postparto.			

		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	116 mujeres embarazadas y en el postparto.	
<b>Resultados relevantes</b>	Existe una relación significativa entre la mala calidad del sueño y sufrir síntomas de ansiedad y depresión.		
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen más síntomas de ansiedad y depresión las mujeres que duermen mal que las mujeres que duermen bien.</li> <li>- IMC bajo → tabaquismo y nutrición inadecuada → peor crecimiento fetal y síntomas de ansiedad.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	Se observa una clara asociación entre la mala calidad del sueño y la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en las mujeres a los 6 meses del parto. Se necesita mayor investigación sobre la calidad del sueño durante el período perinatal e incluir intervenciones cognitivo-conductuales.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 53 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abeyseena, C., &amp; Jayawardana, P. (2011). Sleep deprivation, physical activity and low income are risk factors for inadequate weight gain during pregnancy: A cohort study. <i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Research</i>, 37, 734–740.</li> <li>- Alvaro, P. K., Roberts, R. M., &amp; Harris, J. K. (2013). A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. <i>Sleep</i>, 36, 1059–1068.</li> <li>- American Psychiatric Association. (2013). <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)</i>. (Fifth Edition, Text Revision ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
2	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Rn EA, Lecture S, Rn IH. Mother's postnatal stress : an investigation of links to various factors during pregnancy and post-partum. 2015.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Aspectos como el género, la multiparidad, la soltería y el nivel educativo se asocian con presentar mayor estrés parental. Los estudios demuestran que las madres padecen más niveles de

		estrés que los padres, además, hay evidencia de que el estrés durante el embarazo y después del parto provoca problemas de salud física y mental, no sólo para la madre sino también para el bebé.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Examinar el estrés parental en mujeres suecas e identificar los diferentes factores asociados.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	X
		Estado actual del tema		Descriptivo (longitudinal)	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2009-2011			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	Swedish Parenthood Stress Questionnaire (SPSQ)		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
Escala (Validada/No validada)					
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas		Entrevistas a mujeres embarazadas.			
Otras					
<b>Población y muestra</b>	702 mujeres suecas embarazadas.				
<b>Resultados relevantes</b>	La asociación más significativa se encontró entre la presencia de estrés parental y mostrar síntomas de depresión postparto.				
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de incompetencia → síntomas de depresión.</li> <li>- Las madres tienen mayor estrés que los padres.</li> <li>- A mayor nivel educativo mayor estrés.</li> <li>- Menor nivel educativo → factor protector frente al estrés.</li> <li>- Más hijos → más estrés.</li> </ul>				
<b>Conclusiones del estudio</b>	Las mujeres universitarias y las que tenían más hijos son las más afectadas por el estrés. La experiencia de ser padres es difícil y por ello es muy importante contar con recursos y un apoyo social adecuado.				
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)		
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica		
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio		
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		

<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 37 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abidin RR. Parenting Stress Index: Professional Manual 1990, 3rd edn. 1990, Psychological Assessment Resources, Inc., Odessa, FL.</li> <li>- Ostberg M, Hagekull B. A structural € modelling approach to the understanding of parenting stress. J Clin Child Psychol 2000; 29: 615–25.</li> <li>- Younger JB. A model of parenting stress. Res Nurs Health 1991; 14: 197– 204.</li> </ul>
---	--

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
3	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Da Silva Tanganhito D, Bick D, Chang Y-S. Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. Women Birth. 2019 May.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La depresión postparto abarca una variedad de factores físicos, cognitivos y emocionales. Estudios que han utilizado herramientas de cribado validadas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) sugieren que la depresión postparto afecta alrededor del 10-16% de las mujeres, aunque la incidencia real puede ser mayor. Además, no solo afecta a la mujer, sino también a su bebé y familia. Los beneficios de la lactancia materna para mujeres y bebés están ampliamente documentados. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del bebé para una salud y un desarrollo óptimos.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	El objetivo de esta revisión fue investigar las experiencias de lactancia, las perspectivas y las necesidades de apoyo de las mujeres con depresión posparto. No se identificaron revisiones anteriores que hubieran abordado este objetivo.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico
		Revisión Sistemática (síntesis evidencia cualitativa)	X	Casos controles
		Meta-análisis		Cohortes
		Estado actual del tema		Descriptivo (longitudinal)
		Revisión histórica		Cualitativa
	<b>Año de realización</b>	2018		

	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	EPDS
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	Recogida de experiencias con la lactancia materna en mujeres con depresión postparto.
		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	Mujeres con depresión postparto.	
<b>Resultados relevantes</b>	Las mujeres con depresión postparto, debido a varios factores, presentan mayores dificultades a la hora de amamantar a su bebé, lo que provoca sentimientos de fracaso como madre, culpa y tristeza.		
<b>Discusión planteada</b>	<p>Plantean 5 temas de discusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>El deseo de amamantar para así ser una “buena madre”</b>, ya que existe la creencia de que si no lo consigues has fracasado como madre.</li> </ul> <p>La mayoría de las mujeres enfatizaron su fuerte intención inicial de amamantar, el deseo y la importancia de tener éxito con la lactancia. Los sentimientos eran tan fuertes que algunas mujeres continuaron con la lactancia incluso si afectaba negativamente su salud mental y bienestar.</p> <p>Letourneau et al. encontró que la necesidad de ser vista como una madre perfecta motivaba a las mujeres a negar que estaban experimentando síntomas de depresión postparto.</p> <p>Las mujeres expresaron sus temores de que los medicamentos antidepresivos pudieran afectar la salud de sus bebés y no buscaron ayuda o apoyo para sus necesidades de salud mental debido a esto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Problemas con la lactancia materna</b>, como dolor e irritación en los pezones, incomodidad etc.</li> </ul> <p>Muchas mujeres asumieron que la lactancia materna sería fácil, y la iniciaron con una gran expectativa de que sería exitosa. La lucha con la lactancia materna está relacionada con las perspectivas de las mujeres sobre su salud mental y su bienestar, y muchas describieron cómo las experiencias las habían dejado exhaustas.</p> <p>Edhborg et al. descubrieron que algunas mujeres sentían que no poder ofrecer suficiente comida a sus bebés era un desencadenante de ansiedad. Además de que muchas pensaban que haber fracasado con la lactancia materna era la causa de su depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Experiencias varias con apoyo de profesionales sanitarios.</b></li> </ul> <p>Algunas mujeres describieron aspectos positivos de contar con profesionales de la salud que “tuvieron tiempo para escuchar, no juzgaron y me animaron”. También valoraron positivamente la oportunidad de asistir a una clínica de lactancia materna: "encontré que</p>		

	<p>me apoyaban mucho y me trataron como a una persona completa y no solo como una mujer que da de mamar".</p> <p>Por otro lado, para algunas mujeres los profesionales sanitarios ofrecieron un apoyo negativo y fueron descritos como "mandones, críticos, que dieron consejos contradictorios o fueron inaccesibles".</p> <p>- <b>La importancia de contar con apoyo social.</b></p> <p>Cuando las mujeres hablaban sobre el apoyo de su pareja la mayoría lo describieron de manera negativa: "Incluso mi marido, que es una buena persona, no me ayudó con la lactancia. No me ayuda durante la noche para que yo pueda descansar". En cambio, cuando hablan sobre el apoyo que les da su familia y sus amigos la mayoría de comentarios son positivos: "Una vez llamé a mi madre y le dije: mamá, necesito que vengas con los niños porque yo tengo que irme, necesito ayuda. Hablar con mi madre me hizo sentir mejor".</p> <p>- <b>Apoyo a la salud mental y la lactancia.</b></p> <p>Las mujeres con síntomas de DPP expresaron la necesidad de poder hablar con alguien sobre su salud mental, sus problemas con la lactancia materna y otras necesidades, pero no pudieron o no quisieron hacerlo debido a una posible respuesta negativa por parte de su entorno o porque pensaron que nadie los escucharía. Las mujeres que experimentaron DPP deseaban programas de apoyo a la lactancia específicos para satisfacer sus necesidades.</p>		
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>Las mujeres con DPP describieron dificultades para amamantar, lo que impacta negativamente en su bienestar y en la relación con su bebé. Aunque las mujeres tenían fuertes intenciones de dar el pecho, el sentimiento de fracaso las dejó sintiéndose deprimidos y culpables. A pesar de esto, muchas madres insistieron en el proceso por la creencia de que lo necesitaban para ser una buena madre. Falta un apoyo sanitario adecuado para mejorar los resultados y las experiencias de las madres con la lactancia materna. Los profesionales sanitarios necesitan mayor sensibilización en salud mental y conocimientos para acompañar a la madre durante el período de lactancia.</p>		
<p><b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.</p>	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p><b>Bibliografía (revisión dirigida)</b></p>	<p>En total los autores utilizaron 50 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]. Management of perinatal mood disorders [internet]. Edinburgh: SIGN [internet]. 2012. [cited 2019 Mar 25].</li> <li>- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [CG192]. [cited 2019 Mar 26].</li> <li>- Fisher SD, Wisner KL, Clark CT, Sit DK, Luther JF,</li> </ul>		

	Wisniewski S. Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. J Affect Disord 2016;203:111–20.
--	--

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
4	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Oliveira Caetano A, Marques Monteiro Dias Mendes I, Clemente Rodrigues R. Calidad de vida, apoyo social y síntomas depresivos en puérperas a las 6 semanas posparto. Matronas profesión. 2019.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El postparto es un periodo de transición para la mujer, su pareja, el bebé y la familia. Las mujeres consideran esencial el apoyo social, ya que tiene efectos beneficiosos y reduce el riesgo de depresión postparto. Se debe preguntar a las mujeres sobre su bienestar emocional, el apoyo familiar y social que tienen, y sus estrategias de afrontamiento habituales para lidiar con los asuntos del día a día. Un aspecto importante de éste estudio se refiere al campo de intervención de la matrona, especialmente en la enseñanza, apoyo y promoción de la calidad de vida durante el periodo posparto.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Describir y analizar la asociación entre la calidad de vida, el apoyo social y los síntomas depresivos en puérperas a las 6 semanas posparto.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Cuantitativo, descriptivo-correlacional	X
		Revisión histórica	Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2013-2014		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado		
Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
Escala (Validada/No validada)		EPDS, WHOQOL-Bref y ESSS.		
Registro de datos cuantitativos				

		Técnicas cualitativas	Seguimiento tras 6 semanas después del parto, cuestionario por correo.
		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	69 puérperas ingresadas en una planta de maternidad.	
<b>Resultados relevantes</b>	El estudio demuestra que la calidad de vida y la satisfacción con el apoyo social recibido están estrechamente relacionados, ya que las mujeres con menor apoyo social cuentan con menor calidad de vida y viceversa.		
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las puérperas consideran las relaciones sociales muy importantes durante el postparto.</li> <li>- Las actividades sociales que llevan a cabo las mujeres en el postparto fue la variable que obtuvo una menor satisfacción, pero el soporte social obtenido se percibe como bueno.</li> <li>- La mayoría de las participantes indica que el apoyo emocional es el tipo de apoyo que necesitan en mayor medida durante el postparto.</li> <li>- La presencia de profesionales de la salud ayuda a las mujeres a disminuir sus miedos y ansiedad alrededor de la maternidad.</li> <li>- Visitas a domicilio en el postparto → mayor satisfacción.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	La calidad de vida está relacionada con el apoyo social e influenciada por la presencia de síntomas depresivos. Destaca la intervención de la matrona en la atención a mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto, especialmente en temas de educación sobre el autocuidado, prevención y detección precoz de complicaciones. Las matronas deben mejorar el bienestar y calidad de vida de las mujeres ofreciendo los recursos disponibles para intentar facilitar el proceso a la familia. La visita de la enfermera a domicilio promueve el bienestar de la familia y ayuda a identificar situaciones de riesgo.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 35 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lowdermilk DL, Perry SF. Enfermagem na maternidade, 7.<sup>a</sup> ed. Lourdes: Lusodidacta, 2008.</li> <li>- Mendes IM. Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto. Coimbra: Mar da Palavra, 2009.</li> <li>- Gomes GF, Santos APV. Assistência de enfermagem no puerpério. Rev Enf Contemporânea. 2017; 6(2): 211-20.</li> </ul>		



Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
5	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Razurel C, Kaiser B. The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. Women Health. 2015.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El apoyo social tiene un efecto sobre la salud psicológica de las madres. Se reconocen 4 tipos de apoyo (House, 1981): 1) Apoyo emocional (como expresar a una persona los afectos que uno tiene por ella, tranquilizarla, consolarla etc.) 2) Apoyo informativo (dar consejos, sugerencias, intercambio de conocimientos etc.) 3) Apoyo a la estima (tranquilizar a una persona sobre sus habilidades, su valor, aumentar su autoestima, etc.) 4) Apoyo material (asistencia eficaz, préstamo de dinero, etc.) El “apoyo social percibido” es un indicador de la adecuación del apoyo social.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Desarrollar una escala válida para medir la satisfacción del apoyo social durante el periodo perinatal en madres primíparas. Investigar la relación entre la satisfacción con el apoyo social y la salud psicológica de las madres primíparas en términos de síntomas depresivos, ansiedad y autoeficacia de los padres.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cuantitativo	X
<b>Año de realización</b>	2010-2012			
<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)	EPDS		
	Registro de datos cuantitativos			

		Técnicas cualitativas	Entrevistas.
		Otras	
<b>Población y muestra</b>	235 mujeres que esperan su primer hijo que reciben seguimiento en el último mes de embarazo y 6 semanas postparto.		
<b>Resultados relevantes</b>	A mayor satisfacción con el apoyo social recibido, menor es la aparición de síntomas depresivos y ansiosos en las mujeres. El apoyo de las madres es el más importante para las madres jóvenes, en cambio para las madres mayores lo es el apoyo por parte de los profesionales.		
<b>Discusión planteada</b>	<p>- La escala, realizada en un estudio previo mediante 60 entrevistas, identificó cuatro tipos diferentes de apoyo (de acuerdo con los ya descrito por House).</p> <p>Éstos fueron: “ser escuchada”, “ser aconsejada”, “ser ayudada” y “ser reconocida y respetada en sus elecciones”. Se identificaron cinco fuentes de apoyo: la madre de la mujer, el cónyuge, la familia, amigos y profesionales.</p> <p>Se obtuvo una escala con 20 ítems que comprendían los 4 tipos y 5 fuentes de apoyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mujeres jóvenes (&lt;31 años) → más satisfechas con el apoyo de sus madres.</li> <li>- Mujeres mayores (&gt;31 años) → más satisfechas con el apoyo de los profesionales sanitarios.</li> </ul> <p>Para las mujeres primíparas el apoyo de su madre fue descrito como muy importante, ya que éste está considerado factor protector ante la depresión postparto y otros problemas psicológicos del postparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El apoyo emocional fue el percibido como más importante para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.</li> <li>- Mujeres que recibieron clases de preparación para el parto se muestran más satisfechas con el apoyo de los profesionales y su pareja. Además, las mujeres que tuvieron un parto sin epidural fueron las que estuvieron más satisfechas con la actuación del personal en comparación con las mujeres que usaron epidural.</li> </ul> <p>Un adecuado apoyo informativo por parte de los profesionales en el periodo del postparto está relacionado con una disminución de la ansiedad.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Los resultados del estudio permitieron desarrollar una herramienta confiable para estudiar la satisfacción con el apoyo social en el período perinatal. Por lo tanto, la escala podría ser un instrumento eficaz para prevenir y detectar asociaciones presentes y futuras con la salud psicológica de las madres.</p> <p>Además, los datos revelaron que diferentes tipos de apoyo de diferentes fuentes están asociados con la experiencia psicológica de la madre tanto en el período prenatal como en el posnatal.</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro

			estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 58 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. <i>Psychological Review</i> 84: 191–215.</li> <li>- Barnett, B., M. F. Schaafsma, A.-M. Guzman, and G. B. Parker. 1991. Maternal anxiety: A 5-year review of an intervention study. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> 32: 423–38.</li> <li>- Barrera, M. 1986. Distinctions between social support concepts, measures, and models. <i>American Journal of Community Psychology</i> 14: 413–45.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
6	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. <i>Womens Health (Lond Engl)</i> . 2019.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>El posparto es un periodo de riesgo para la aparición de depresión posparto. La DPP no tratada puede tener consecuencias negativas tanto para el bebé como para la madre. Los riesgos para los niños (en comparación con las madres sin DPP) incluyen problemas como: funcionamiento cognitivo deficiente, inhibición del comportamiento, inadaptación emocional, comportamiento violento y trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Los riesgos cuando la DPP de la madre no es tratada son: problemas de peso, consumo de alcohol y drogas, problemas de relaciones sociales, problemas de lactancia o depresión persistente en comparación con las mujeres que han recibido tratamiento.</p>			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Evaluar todas las consecuencias maternas de la DPP no tratada y sus efectos en niños de 0 a 3 años.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	X	Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	
	<b>Año de realización</b>	2017			

	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	Búsqueda bibliográfica a través de MEDLINE, PsycINFO y Cochrane.
	<b>Población y muestra</b>		
<b>Resultados relevantes</b>	La depresión postparto tiene numerosas consecuencias negativas tanto en la salud materna como en la salud infantil, afectando a la calidad de vida, relaciones sociales y al vínculo madre-hijo.		
<b>Discusión planteada</b>	<p><b>Consecuencias de la DPP en madres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Salud física:</u> mayor retención de peso en el postparto.</li> <li>- <u>Profesionales sanitarios:</u> mujeres con síntomas depresivos graves tienen más probabilidades de visitar a un profesional de la salud mental en comparación con mujeres con síntomas más leves. Las mujeres con DPP acuden más a menudo al médico de familia que las madres sanas.</li> <li>- <u>Salud mental:</u> niveles más bajos de ánimo a largo plazo (1 año después del parto), menor vitalidad y funcionalidad, limitaciones en su rol por problemas emocionales, autoestima más baja, se muestran menos felices y disfóricas, tienen más ira, pero menor control sobre ella. Además, las madres con DPP responden menos a estímulos negativos, mostrando mayor indiferencia que las madres sin DPP.</li> <li>- <u>Ansiedad:</u> mayores niveles de ansiedad hasta 3 años y medio después del parto en comparación con las madres sin DPP. Más probabilidades de sufrir un trastorno de ansiedad.</li> <li>- <u>Depresión:</u> continua afectando a las madres hasta 1 año después del nacimiento, aunque los síntomas parecen mejorar a las 6 semanas pasando a ser una DPP moderada o leve. Parece ser que las madres con DPP no tuvieron más episodios depresivos, aunque éste fuera más largo y necesitaran más sesiones de psicoterapia.</li> <li>- <u>Calidad de vida:</u> mujeres con DPP tienen menor puntuación en todas las dimensiones de calidad de vida que las mujeres sin DPP. Además, se asocia con mayores niveles de estrés, fatiga durante la primera semana postparto, eventos de vida más negativos, más problemas económicos y la presencia de más enfermedades entre parientes. Respecto al entorno, las madres con DPP tienen el doble de probabilidades que las madres sin DPP de quedarse sin hogar, además de no tener un lugar limpio</li> </ul>		

	<p>y cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Relaciones sociales</u>: cuentan con un menor apoyo social y presentan mayor dificultad para relacionarse.</li> <li>- <u>Relaciones de pareja y sexualidad</u>: las madres deprimidas calificaron su relación de pareja como “más distante, fría y difícil”. Respecto a la vida sexual, las madres que retomaron las relaciones sexuales con su pareja durante el primer año tras el parto presentaron menores niveles de depresión que las madres que no lo hicieron.</li> <li>- <u>Trabajo</u>: en cuanto al tiempo que se tardó en volver al trabajo tras el parto, no se encontraron diferencias entre las mujeres con DPP y sin DPP.</li> <li>- <u>Adicciones</u>: mayor prevalencia de DPP entre mujeres fumadoras que no fumadoras. Las mujeres que fumaban antes del embarazo tienen más probabilidades de recaer tras el parto si experimentan emociones negativas o síntomas depresivos. Por otro lado, no se encontraron asociaciones significativas entre sufrir DPP y consumir alcohol.</li> <li>- <u>Ideación suicida</u>: síntomas depresivos se asociaron con mayor presencia de pensamientos suicidas. Mujeres con DPP expresaron con más frecuencia la necesidad de autolesionarse en comparación con las madres sin DPP. Además, un estudio mostró que madres con DPP pueden llegar a imaginar actos de infanticidio.</li> </ul> <p><b>Consecuencias de la DPP en los recién nacidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Antropometría</u>: no se ha encontrado evidencia suficiente, aunque algunos estudios apuntan a que a los 2 años de edad los niños con madres deprimidas presentan mayor retraso en el crecimiento que los niños con madres no deprimidas. Otros estudios apuntan a que entre los 5 y 9 meses de edad, los niños con madres con DPP tienen una menor ganancia de peso. Finalmente, hay estudios que no encuentran asociaciones significativas entre la DPP y el IMC de los niños en ningún intervalo del crecimiento.</li> <li>- <u>Peso y altura</u>: se encontró que la DPP no tenía un efecto importante en el peso y altura del niño, y si había variaciones en los primeros meses de vida, éstas eran muy pequeñas y no persistían a largo plazo.</li> <li>- <u>Salud infantil</u>: se observó una asociación significativa entre la DPP y los problemas de salud en los lactantes y mayor proporción de enfermedades infantiles. Los bebés de madres con DPP presentan al año más episodios febriles con diarrea que los bebés con madres sin DPP. Éstos bebés también mostraron sufrir más dolor durante intervenciones de rutina como la vacunación. Además, la DPP se asoció con un riesgo tres veces mayor de mortalidad infantil a los 6 meses de edad.</li> <li>- <u>Sueño infantil</u>: mayor número de despertares nocturnos, problemas para conciliar el sueño y mayor riesgo de sufrir trastornos del sueño.</li> <li>- <u>Desarrollo motor</u>: el ambiente del hogar es un predictor</li> </ul>
--	---

	<p>importante del desarrollo infantil, ya que éste suele ser poco idóneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Desarrollo cognitivo</u>: se enfatiza el rol insensible de las madres con DPP en la aparición de problemas en el desarrollo cognitivo de los niños. Además, también influye el ambiente del hogar.</li> <li>- <u>Lenguaje</u>: depende de la variable utilizada para su valoración, pero en general, los niños de madres con DPP presentan peores habilidades lingüísticas, tanto en lenguaje verbal como no verbal.</li> <li>- <u>Desarrollo emocional</u>: los niños presentan mayores miedos, niveles de ansiedad más altos y tienen más probabilidades de desarrollar trastornos emocionales en la adolescencia.</li> <li>- <u>Habilidades sociales</u>: a los 9 meses de edad, los niños muestran menor puntuación de participación social que los bebés de madres no deprimidas. También influye el ambiente en el hogar.</li> <li>- <u>Desarrollo conductual</u>: se encontró una asociación significativa entre la DPP y los problemas de conducta en los niños durante su adolescencia, como son trastornos del estado de ánimo, un temperamento más difícil, tendencia a no externalizar sus problemas, problemas de comunicación, más miedos y comportamientos inmaduros.</li> </ul> <p><b>Interacciones madre-hijo:</b>  <u>Vínculo madre-hijo</u>: se ha demostrado una relación negativa entre la DPP y el lazo que se establece entre madre-hijo. Las madres deprimidas mostraron un deterioro significativamente mayor en la creación de un vínculo con el recién nacido en comparación con las madres no deprimidas. Además, éstas mujeres mostraron menos cercanía, calidez y sensibilidad hacia su hijo, provocando dificultades en su relación y problemas con la lactancia.</p>		
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>La DPP tiene consecuencias negativas tanto para las madres que la padecen como para sus hijos hasta los 3 años de edad. Tiene impactos importantes principalmente en la salud mental de las madres, calidad de vida e interacciones con su bebé, pareja y familiares.</p> <p>Las mujeres deprimidas están atrapadas en un círculo vicioso en el que se vuelven más tristes y enfadadas y tienen una percepción cada vez menor de su competencia, lo que crea un entorno poco propicio para el desarrollo óptimo de un niño.</p> <p>La presente revisión muestra que la salud de bebés y niños está íntimamente asociada con la salud de sus madres. Además, la DPP grave o crónica parece presentar un mayor riesgo de que los niños desarrollen una depresión más leve.</p> <p>Por tanto, es importante detectar y tratar la DPP lo antes posible para evitar complicaciones. En consecuencia, se debe prestar más atención a éste ámbito de la salud.</p>		
<p><b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para</p>	<p>Likert 1</p>		<p>Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)</p>
	<p>Likert 2</p>		<p>Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica</p>

nuestro estudio.	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 184 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cristescu T, Behrman S, Jones SV, et al. Be vigilant for perinatal mental health problems. Practitioner 2015; 259(1780): 19–232.</li> <li>- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.</li> <li>- O'Hara MW and Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 28(1): 3–12.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
7	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Calsina SP, Gutiérrez NO, Del Fresno SC, Besa ME, Codina LC, Tricas JG. Anxiety and depression in mothers of preterm infants. Intervention strategies and literature review. Matronas Prof. 2018;19(1):21–7.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El parto prematuro es una situación muy estresante, ya que supone enfrentarse a una realidad no esperada para la mujer, en la que se pierden sus expectativas sobre la vivencia del embarazo y el parto normal. Además, deberán afrontar no sólo la separación inicial de su hijo, sino también la pérdida de su rol maternal, ya que los cuidados se asumirán en la unidad neonatal. Por todo ello, durante el puerperio éstas mujeres serán especialmente vulnerables a los problemas de salud mental, y tendrán más riesgo de sufrir niveles altos de ansiedad, depresión e incluso síntomas de estrés postraumático.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Conocer y valorar las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para prevenir, mejorar y/o tratar los riesgos para la salud mental de las madres que pasan por el proceso de tener un hijo prematuro.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cualitativa	

	<b>Año de realización</b>	2016	
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	
		Escala (Validada/No validada)	
		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	Búsqueda bibliográfica a través de PubMed, CINHALL, Web of Science y PsycINFO.
	<b>Población y muestra</b>		
<b>Resultados relevantes</b>	Se observa que todas las intervenciones seleccionadas, mediante la evaluación cuantitativa de sus resultados, demuestran su eficacia en la prevención de los trastornos mentales de los padres asociados al proceso de la prematuridad.		
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener un parto prematuro tiene un gran impacto emocional en los padres. Esto es debido a que la prematuridad supone la primera causa de mortalidad infantil en el primer mes de vida y el riesgo que tienen los recién nacidos prematuros de padecer complicaciones tanto a corto como a largo plazo. También influye la privación del primer contacto madre-hijo en el parto por la necesidad inminente de ingresar al recién nacido en la UCIN.</li> <li>- Las madres de bebés prematuros tienen una prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en el periodo del postparto superior a la de madres con bebés sanos y a término. El riesgo de depresión puede duplicarse y el riesgo de niveles elevados de ansiedad prácticamente se triplica.</li> <li>- Éstas madres reconocen no verse preparadas para afrontar el nacimiento de un bebé prematuro y realizar los cuidados en la UCIN, lo que implica una situación de shock y dificulta la creación de los roles maternos y de apego.</li> </ul> <p>Por todo ello, es imprescindible establecer una adecuada relación profesional con éstas mujeres y que exista un rol facilitador de las enfermeras para que los padres puedan implicarse en los cuidados de su hijo ingresado en la UCIN.</p> <p>Se evalúan las siguientes intervenciones enfermeras para disminuir la aparición de trastornos mentales en éstas madres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Modelos de atención centrados en la familia</b>, que se basan en considerar a la familia como referente en la vida del recién nacido. Han demostrado que ayudan a mejorar la salud mental de los padres.</li> </ul>		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Intervenciones educativas para aumentar los conocimientos de los padres sobre los prematuros y poder participar en su cuidado</b>, como una actividad en la que los padres, junto con la enfermera, analizan los comportamientos que tienen con el recién nacido. Otro ejemplo es el empoderamiento de las madres a través de un programa educativo-conductual. Ambas intervenciones consiguen una disminución del estrés parental.</li> <li>- La utilización de <b>materiales de soporte</b> (video guías, folletos o visitas guiadas a la UCIN para mujeres ingresadas por un parto prematuro inminente) ayudan a disminuir la ansiedad y a complementar el trabajo educativo de los profesionales.</li> <li>- <b>Intervenciones de apoyo psicoemocional a los padres</b>, como técnicas de relajación que ayudan a disminuir la ansiedad (pasando de 46,3 a 41,6 en las puntuaciones de las escalas para medir la ansiedad), o el envío de mensajes cortos a los padres durante el ingreso del recién nacido en la UCIN, lo que ayudó a aumentar la confianza en el equipo profesional y a disminuir la ansiedad.</li> <li>- <b>Intervenciones que potencian el rol cuidador de los padres</b>, como la utilización del método canguro, que se relaciona con puntuaciones significativamente más bajas en las escalas de distrés psicológico y menores tasas de depresión y ansiedad en las madres tras 4 meses después del parto. La realización de masajes a los prematuros por parte de las madres disminuye los niveles de ansiedad. Las actividades conocidas como “family nurture intervention”, que consisten en la transmisión de mensajes sensoriales al recién nacido a través de las madres, mejoran el neurodesarrollo infantil y tienen efectos beneficiosos para las madres, que se ven más capaces y satisfechas con su rol de cuidadora. Dentro de éstas actividades encontramos el método canguro, la lactancia materna, el intercambio de mantas o peluches con el olor del bebé y de la madre, potenciar que la madre hable con el bebé etc.</li> </ul>
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>Se puede comprobar que, para mejorar la salud mental de las mujeres que pasan por un parto prematuro, las intervenciones que mejoran los conocimientos y habilidades de las madres para el cuidado del recién nacido prematuro son estrategias preventivas eficaces. Los programas que facilitan y promueven el contacto y la participación de las madres en la atención al prematuro también mejoran su bienestar psicológico. El modelo de “cuidados centrados en la familia”, debería implementarse en todas las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como criterio de calidad de la atención que reciben estos niños y sus madres.</p> <p>El soporte emocional de las matronas tiene un papel imprescindible, ya que ayuda a éstas madres a cuidarse, expresar sus dudas e inquietudes, y adquirir conocimientos, seguridad y confianza para poder cuidar adecuadamente a sus hijos prematuros.</p> <p>Es por ello que la matrona ha de conocer el riesgo que tienen las madres de niños prematuros de presentar problemas de salud mental, para detectarlos precozmente y promover actividades preventivas tanto en</p>

	el embarazo como en el puerperio, con el objetivo de empoderar a éstas mujeres en su rol de cuidadora.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 23 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- World Health Organization (OMS). Born Too Soon: the global action report on preterm birth [internet]. 2012 [acceso el 23 de noviembre de 2016]. Disponible en: <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433eng.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433eng.pdf?ua=1</a></li> <li>- Chertock RA, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. Adv Neonatal Care. 2014; 14(1): 30-3.</li> <li>- Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. Lancet. 2008; 371(9.608): 261-9.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
8	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Dennis C-L, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: nationwide randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2020 Apr;216(4):189–96.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>La psicoterapia interpersonal es un método recomendado y eficaz para tratar la depresión, pero existen barreras que limitan el acceso, como la escasa disponibilidad de especialistas en salud mental, el estigma, el tiempo y las barreras geográficas. Por tanto, se necesita mejorar el acceso incluyendo a enfermeras, que pueden recibir capacitación para ello.</p> <p>La mayoría de estudios se han realizado cara a cara con especialistas, una alternativa es la atención telefónica, que ofrece flexibilidad y ha demostrado resultados prometedores.</p> <p>Para aumentar la utilidad clínica, cambiamos el proveedor (de especialistas a enfermeras capacitadas) y el medio (de atención presencial a telefónica).</p>

	<b>Objetivo del estudio</b>	Examinar la efectividad de la psicoterapia telefónica impartida por enfermeras en mujeres con depresión postparto.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	X	
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes		
		Estado actual del tema	Descriptivo		
		Revisión histórica	Cualitativa		
	<b>Año de realización</b>	2019			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas	Psicoterapia interpersonal			
	Otras	Capacitación de enfermeras no especialistas en salud mental			
	<b>Población y muestra</b>	241 mujeres con depresión postparto.			
<b>Resultados relevantes</b>	La psicoterapia interpersonal vía telefónica es eficaz para mujeres con depresión postparto y ofrece una solución potencial a un problema de salud pública a nivel mundial, ya que facilita su acceso.				
<b>Discusión planteada</b>	<p>- Las intervenciones telefónicas son muy accesibles, flexibles, privadas y no estigmatizan. Aunque los servicios de salud se ofrecen cada vez más a través de Internet, el teléfono sigue siendo una opción más fiable y de fácil acceso.</p> <p><b>Intervención:</b>  Las mujeres asignadas al grupo de intervención recibieron 12 sesiones telefónicas de psicoterapia interpersonal (PTI) de 60 minutos, impartidas por una enfermera capacitada.  Las tres fases de la PTI se administraron según el manual de “Weismann et al.”  En las primeras sesiones, las enfermeras establecieron una alianza terapéutica, brindaron psicoeducación sobre la depresión y la PTI, colocaron la depresión en un contexto interpersonal, revisaron la situación actual de la madre y sus relaciones interpersonales pasadas. También identificaron las áreas de problemas interpersonales más relacionadas con el episodio depresivo actual y establecieron los objetivos del tratamiento.</p>				

	<p>Durante la fase intermedia, el tratamiento se centró en resolver las dificultades interpersonales, como los conflictos con la pareja o la familia (disputas interpersonales) y los cambios en los roles sociales asociados con los desafíos de la nueva paternidad y el apoyo necesario (transiciones de roles).</p> <p>La fase final reforzó los esfuerzos, los logros y la competencia de la madre para resolver los problemas interpersonales y superar la depresión, con planes de contingencia en caso de recaída.</p> <p><b>Resultados del estudio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las mujeres que recibieron PTI por teléfono tenían 4,5 veces menos probabilidades de cumplir con los criterios de depresión a las 12 semanas, en comparación con las mujeres que recibieron tratamiento local estándar. Además, no hubo recaídas en el seguimiento a largo plazo.</li> <li>- El tamaño del efecto de la intervención fue grande, con solo el 10,6% de las mujeres que permanecieron deprimidas después de 12 semanas, en comparación con el 25% del grupo de control. Este gran efecto se mantuvo hasta 24 semanas después de la asignación al azar.</li> <li>- Las mujeres que recibieron PTI por teléfono también fueron menos propensas a experimentar depresión subsindrómica y ansiedad comórbida, e informaron de una mejor calidad en la relación de pareja y una reducción de la evitación del apego.</li> <li>- La intervención telefónica fue muy aceptada por las mujeres, con una tasa de abandono (incumplimiento) menor del 14%.</li> </ul> <p>Este ensayo definió la adherencia a la intervención como: “completar un curso de PTI de al menos diez sesiones de 30 a 60 minutos en 16 semanas”.</p>		
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>La psicoterapia telefónica proporcionada por enfermeras capacitadas es un tratamiento eficaz para diversas mujeres, urbanas y rurales, con depresión y ansiedad posparto que puede mejorar las disparidades en el acceso al tratamiento.</p> <p>Dicho hallazgo ofrece una solución potencial a un problema de salud pública a nivel mundial, incluso en países de ingresos bajos y medios y entornos desatendidos.</p>		
<p><b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.</p>	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p><b>Bibliografía (revisión dirigida)</b></p>	<p>En total los autores utilizaron 36 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Perinatal mental health: 1 Non- psychotic mental disorders in the perinatal period. Lancet 2014; 384: 1775–88.</li> <li>- Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression</li> </ul>		

	<p>with child outcomes. JAMA Psychiatry 2018; 75: 247–53.</p> <p>- 3 Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. Lancet 2014; 384: 1800–19.</p>
--	---

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
9	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Unsal Atan Ş, Ozturk R, Gulec Satir D, Ildan Çalim S, Karaoz Weller B, Amanak K, et al. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. Sex Reprod Healthc Off J Swedish Assoc Midwives. 2018 Dec;18:13–8.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>Aunque el nacimiento de un bebé es un evento placentero y emocionante, la DPP puede ser el comienzo de una pesadilla para las mujeres que la experimentan.</p> <p>La DPP es multifactorial, sin embargo, ha habido una investigación limitada sobre el impacto del tipo de trabajo de parto, las intervenciones durante el parto, la experiencia del parto y la DPP.</p> <p>Muchas mujeres quieren un parto seguro que a la vez sea una bonita experiencia, pero en realidad, es posible que el nacimiento no siempre sea una experiencia que se pueda predecir, controlar o que se considere bonita.</p>			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Determinar la relación entre los tipos de trabajo de parto, intervenciones en el parto, experiencias de parto y la depresión posparto.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Estudio transversal	X
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2017			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)	EPDS POBS (Perception Of Birth Scale)			

		Registro de datos cuantitativos	
		Técnicas cualitativas	
		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	1010 mujeres que han dado a luz.	
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Aproximadamente la mitad de las mujeres evaluaron sus experiencias de parto como moderadas, malas y muy malas y hubo riesgo de DPP en un tercio de ellas.</p> <p>El riesgo de DPP es más alto en las madres que tuvieron un parto vaginal, que no recibieron preparación para el parto durante el embarazo y que tuvieron alguna intervención durante el parto (enema, inducción de oxitocina, amniotomía etc.).</p>		
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La puntuación media de la EPDS de las madres fue de <math>9.5 \pm 5.7</math>, y el riesgo de DPP se determinó en aproximadamente un tercio de ellas en la sexta semana después del nacimiento.</li> <li>- En éste estudio, se determinó que las puntuaciones de la EPDS fueron más altas en las mujeres que tuvieron un parto vaginal, no tenían seguro médico, experimentaron problemas de salud durante el embarazo y no recibieron preparación para el parto durante el embarazo.</li> <li>- También se observó que las puntuaciones de la EPDS de las mujeres que tuvieron un tiempo de parto prolongado, uso de enema, inducción de oxitocina y amniotomía (rotura artificial de las membranas fetales), fueron más altas.</li> <li>- Se demostró que existe una relación negativa entre las intervenciones durante el parto, como monitorización fetal electrónica, episiotomía, laceración perineal, enema etc. y la satisfacción de la madre.</li> </ul> <p>Se encontró que, aproximadamente, dos quintas partes de las madres (41,4%) evaluaron la experiencia del parto como moderada, mala y muy mala.</p> <p>Finalmente, determinaron que no había una correlación significativa entre el tipo de parto y la DPP, pero sí entre las intervenciones utilizadas y la experiencia de parto de las madres y la DPP.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Preparar a las madres con clases de preparación para el parto en el período prenatal e imponer las regulaciones necesarias en la sala de partos para que las madres tengan una experiencia positiva son importantes para reducir el riesgo de depresión postparto.</p> <p>Sobre éste tema, se piensa que el personal de salud debe instruir a las madres sobre los tipos de parto desde el inicio del embarazo.</p> <p>Además, los resultados del estudio enfatizaron que las intervenciones durante el parto no deben realizarse de manera rutinaria y los profesionales de la salud que trabajan en las salas de parto deben capacitarse para reducir y tomar conciencia del riesgo de depresión postparto en las mujeres durante el trabajo de parto.</p>		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)

artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 47 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buultjens M, Liamputtong P. When giving life starts to take the life out of you: Women's experiences of depression after childbirth. <i>Midwifery</i> 2007;23:77–91.</li> <li>- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray RA. Systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2009;119:350–64.</li> <li>- Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer MH, et al. Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and postpartum across countries and cultures. <i>Br J Psychiatry</i> 2004;46:17–23.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
10	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Ugarte AU, López-Peña P, Vangeneberg CS, Royo JGT, Ugarte MAA, Compains MTZ, et al. Psychoeducational preventive treatment for women at risk of postpartum depression: study protocol for a randomized controlled trial, PROGEA. <i>BMC Psychiatry</i> . 2017 Jan;17(1):13.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>La DPP está atrayendo mayor atención de médicos e investigadores, ya que no afecta solo a la madre, sino también a la salud y desarrollo del niño; y por ello, su prevención es particularmente importante. La DPP es uno de los trastornos más comunes en el período del postparto y por ello el Comité de Salud Pública de la Unión Europea ha declarado fundamental que los centros de atención a la mujer con un enfoque multidisciplinar adopten medidas preventivas.</p> <p>La terapia psicológica para la depresión ha demostrado ser un tratamiento eficaz en todas las edades y grados, incluida la DPP.</p>
	<b>Objetivo del estudio</b>	Identificar a las mujeres en riesgo de DPP utilizando un protocolo, investigar la eficacia de un programa estructurado de terapia psicoeducativa diseñado para prevenir el desarrollo de DPP en

		mujeres en riesgo y explorar factores pronósticos para este tipo de depresión.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2015-2017			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	The Vulnerable Personality Style Questionnaire (VPSQ) The Physical Activity Questionnaire (IPAQ)		
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)	EPDS Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer-R (MP-R)			
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras				
	<b>Población y muestra</b>	600 mujeres en el tercer trimestre de embarazo.			
<b>Resultados relevantes</b>	En caso de resultar eficaz, éste programa podría tener un papel importante en la prevención de éste tipo de depresión y sus consecuencias perjudiciales tanto en las mujeres como en su familia, incluido el recién nacido.				
<b>Discusión planteada</b>	<p>Las fortalezas del estudio incluyen la focalización en una muestra de mujeres embarazadas con riesgo de trastorno depresivo y la implementación de un programa preventivo centrado en la salud mental de la mujer durante el embarazo y el postparto.</p> <p>Las participantes fueron distribuidas aleatoriamente entre el grupo de intervención y el grupo de control.</p> <p>- <b>Programa de intervención (grupo experimental):</b></p> <p>Consta de 6 sesiones semanales de 1 hora, durante 2 meses, enfocadas a mejorar la información que tienen las mujeres sobre la depresión postparto, la percepción de la paciente sobre ésta, intervención temprana para la prevención, estilos de vida saludables, técnicas para el manejo de la ansiedad, habilidades sociales y resolución de problemas.</p> <p>La primera sesión es individual y las restantes son sesiones grupales.</p> <p>El programa incluye las siguientes sesiones:</p>				



	<p>1. ¿Qué es DPP? Factores etiológicos y desencadenantes.  2. Factores de riesgo para DPP.  3. Cómo manejar los pensamientos negativos.  4. Técnicas para reducir el estrés y la ansiedad.  5. Técnicas de resolución de problemas.  6. Estilo de vida saludable y orientación técnica sobre la búsqueda de soluciones prácticas.</p> <p>Por último, si las participantes tienen alguna pregunta sobre las sesiones o sobre su estado, podrán llamar a un teléfono de ayuda en horario laboral (entre las 08.00 y las 15.00 horas de lunes a viernes). El objetivo de éste servicio es facilitar el acceso de las participantes a la información y abordar cualquier duda que puedan tener.</p> <p>- <b>Tratamiento habitual (grupo control):</b>  El tratamiento habitual se refiere al tratamiento que reciben las mujeres embarazadas a través del Servicio Nacional de Salud español, que consiste en consultas ambulatorias con su matrona y ginecólogo.  No recibirán ninguna sesión terapéutica con el psicólogo.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Con éste estudio destacamos que es esencial prestar mucha atención al bienestar general de las mujeres, incluida su salud mental, especialmente en mujeres con factores de riesgo conocidos para sufrir DPP.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 27 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2016 Mar 15].</li> <li>- Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. JAMA Psychiat. 2013;70:1312–9.</li> <li>- Figueiredo FP, Parada AP, de Araujo LF, Silva Jr WA, Del Ben CM. The Influence of genetic factors on peripartum depression: A systematic review. J Affect Disord. 2014;172C:265–73.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
11	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Xie J, Zhu L, Zhu T, Jian Y, Ding Y, Zhou M, et al. Parental Engagement and Early Interactions With Preterm Infants Reduce Risk of Late Postpartum Depression. J Nerv Ment Dis. 2019 May;207(5):360–4.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El parto prematuro es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión posparto. La DPP no solo altera las interacciones madre-hijo, lo que provoca un retraso en el desarrollo infantil y dificultades de interacción social en los niños afectados, sino que también aumenta el riesgo de depresión en la madre durante los 5 años posteriores al nacimiento. Por lo tanto, las intervenciones efectivas serán importantes para las madres con parto prematuro para reducir las complicaciones tanto en los bebés prematuros como en las madres.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Estudiar los efectos de la participación de los padres y las interacciones tempranas con los bebés prematuros en el desarrollo y el comportamiento posterior del bebé, la adaptación materna y la relación madre-hijo.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes	X	
		Estado actual del tema	Descriptivo		
		Revisión histórica	Cuantitativo		
	<b>Año de realización</b>	2017-2018			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		Cuestionarios sobre la adaptación (estrés y depresión de los padres).			
Escala (Validada/No validada)		EPDS			
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas					
Otras					
<b>Población y muestra</b>	151 madres y sus bebés prematuros.				

<b>Resultados relevantes</b>	La participación de los padres y las interacciones tempranas con bebés prematuros durante el ingreso en la UCIN reducen el riesgo de desarrollar DPP tardía.		
<b>Discusión planteada</b>	<p>Los bebés fueron asignados al azar para recibir interacción temprana con los padres o atención estándar.</p> <p>El programa de interacción temprana se realizó en conjunto con el programa del método canguro, que es rutinario en la UCIN.</p> <p>- <b>Programa de interacción temprana con los padres:</b> Incluye 8 sesiones principales y una sesión adicional posterior al alta. En las sesiones principales los padres fueron entrenados por una enfermera para realizar terapia de masajes en bebés prematuros todos los días (dos veces al día) y para estimular la atención visual cuando los bebés estaban en un estado de alerta o activos.</p> <p>En la sesión posterior al alta del bebé, las madres repasaron junto con la enfermera los conocimientos sobre el desarrollo y la adaptación del niño, y se les envió un cuestionario para evaluar la depresión y el afrontamiento. A medida que cada bebé alcanzaba la edad corregida de 1 año, las madres recibieron un seguimiento para completar una serie de cuestionarios sobre la adaptación (es decir, estrés y depresión de los padres).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La participación de los padres y las interacciones tempranas con bebés prematuros durante el ingreso en la UCIN reducen el riesgo de desarrollar DPP tardía.</li> <li>- El porcentaje más alto de madres que se clasificaron en la categoría de "riesgo de depresión" según la escala EPDS a los 12 meses seguimiento no participaron en el programa.</li> </ul> <p>El padre puede jugar un papel importante en los beneficios de las interacciones tempranas. A menudo, las madres necesitan un período de recuperación después del parto prematuro y como resultado, la capacidad del padre para participar activamente en el cuidado del bebé desde el nacimiento puede ser crucial.</p>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	Este estudio proporciona una base sólida para apoyar las intervenciones que implican a los padres en el papel de padres y los guían en las interacciones apropiadas para el desarrollo con sus bebés prematuros. Estas intervenciones tienen el potencial de reducir el impacto adverso del parto prematuro en los bebés y las madres. Además, los beneficios positivos de la reducción del estrés pueden mejorar los resultados de salud mental de los padres y, en última instancia, pueden mejorar aún más las relaciones de los padres con sus bebés.		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 32 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bernard-Bonin A (2004) Maternal depression and child development. Paediatr Child Health. 9:575–583.</li> <li>- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE (2012) National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: A systematic analysis and implications. Lancet. 379: 2162–2172.</li> <li>- Brazelton TB, Nugent JK (1995) Neonatal behavioral assessment scale. Cambridge: Cambridge University Press.</li> </ul>
---	--

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
12	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Anderson C, Cacola P. Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development. MCN Am J Matern Child Nurs. 2017;42(2):108–14.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El parto prematuro sigue siendo un factor importante que contribuye a la mortalidad y morbilidad infantil, incluido el retraso en el desarrollo neurológico y la discapacidad infantil. Las madres que experimentan un parto prematuro corren el riesgo de tener problemas de salud mental materna, incluida la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que puede afectar al apego madre-hijo y al desarrollo infantil.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Revisar la depresión y el trastorno de estrés postraumático, con frecuencia comórbidos, después del parto prematuro y las relaciones entre los síntomas, el apego materno-infantil y el desarrollo infantil. Investigar evaluaciones e intervenciones potencialmente capaces de beneficiar a la madre y al bebé en éstos casos.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	X
		Revisión histórica	Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2017		
<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			

		<table border="1"> <tr> <td>Escala (Validada/No validada)</td> <td>EPDS</td> </tr> <tr> <td>Registro de datos cuantitativos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Técnicas cualitativas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> </tr> </table>	Escala (Validada/No validada)	EPDS	Registro de datos cuantitativos		Técnicas cualitativas		Otras	
Escala (Validada/No validada)	EPDS									
Registro de datos cuantitativos										
Técnicas cualitativas										
Otras										
	<b>Población y muestra</b>	Mujeres que han tenido partos prematuros.								
<b>Resultados relevantes</b>	El parto prematuro es un factor de riesgo para desarrollar DPP, un apego deteriorado y desarrollo infantil retrasado, además de sintomatología del TEPT.									
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El trauma de experimentar un parto prematuro puede provocar depresión materna y sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT).</li> <li>- La salud mental de una mujer en el postparto puede reflejar su percepción del evento del parto, que se manifiesta en síntomas inmediatos o posteriores de depresión, estrés agudo o trastorno de estrés postraumático.</li> <li>- Para las mujeres que experimentan un parto prematuro, las tasas de depresión pueden ser &gt; 40%.</li> <li>- Al año de edad se ha observado que la DPP influye en el desarrollo cognitivo y emocional del bebé.</li> <li>- Los síntomas depresivos se asociaron con una disminución tanto cognitiva como motora en el desarrollo infantil, ya que las madres con DPP pueden no estar tan comprometidas o motivadas para estimular a sus bebés a moverse. Existe una relación recíproca entre la motivación para el movimiento y desarrollo motor del bebé.</li> <li>- Las intervenciones en el hospital y tras el alta por parte de los profesionales de la salud es fundamental.</li> </ul>									
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>La necesidad de que los profesionales de la salud intervengan antes y después del parto es significativa, ya que la angustia materna sigue siendo uno de los factores de riesgo para desarrollar DPP, un apego deteriorado y desarrollo infantil retrasado.</p> <p>Todas las mujeres necesitan una evaluación integral de salud mental materna, ya que puede ayudar a dirigir intervenciones efectivas en el hospital y después del alta. Las evaluaciones e intervenciones para las madres y los bebés dados de alta se pueden realizar por teléfono, en el hospital o en el domicilio.</p>									
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)								
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica								
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio								
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico								

<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 39 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., pp. 271-280). Washington, DC.</li> <li>- Atun-Einy, O., Berger, S. E., &amp; Scher, A. (2013). Assessing motivation to move and its relationship to motor development in infancy. <i>Infant Behavior &amp; Development</i>, 36(3), 457-469. doi:10.1016/j.infbeh.2013.03.006.</li> <li>- Bayley, N. (2006). Bayley Scales of infant and toddler development - III. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.</li> </ul>
---	--

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
13	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Vieira E de S, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM di, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. <i>Rev Lat Am Enfermagem</i> . 2018 Sep;26:e3035.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La práctica de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y la lactancia materna mixta hasta los 2 años de edad se considera la intervención materno-infantil más eficaz en salud pública ya que podría prevenir anualmente la muerte de seis millones de niños menores de un año, protegiéndolos de numerosas enfermedades, desnutrición o muerte súbita del lactante. Sin embargo, el promedio global de lactancia materna exclusiva (LME) en niños menores de 6 meses de edad es sólo del 36%. La mejora de ésta tasa es un desafío internacional.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Evaluar la autoeficacia de la lactancia materna, la presencia de síntomas de DPP, y la asociación entre la autoeficacia de la lactancia materna y la DPP con el cese de la lactancia materna exclusiva.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes	X	
		Estado actual del tema	Descriptivo		
		Revisión histórica	Cuantitativo		
	<b>Año de realización</b>	2013-2015			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
Encuesta/cuestionario de elaboración propia					

	<table border="1"> <tr> <td>Escala (Validada/No validada)</td> <td>EPDS Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)</td> </tr> <tr> <td>Registro de datos cuantitativos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Técnicas cualitativas</td> <td>Seguimiento de su experiencia con la lactancia materna durante 210 días tras el parto.</td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td></td> </tr> </table>	Escala (Validada/No validada)	EPDS Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)	Registro de datos cuantitativos		Técnicas cualitativas	Seguimiento de su experiencia con la lactancia materna durante 210 días tras el parto.	Otras	
Escala (Validada/No validada)	EPDS Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)								
Registro de datos cuantitativos									
Técnicas cualitativas	Seguimiento de su experiencia con la lactancia materna durante 210 días tras el parto.								
Otras									
	<p><b>Población y muestra</b></p> <p>83 mujeres que han dado a luz.</p>								
<b>Resultados relevantes</b>	<p>Las posibilidades de que cese la lactancia materna exclusiva disminuyeron en un 48% cuando la autoeficacia cambió de baja a media, y en un 80% cuando pasó de media a alta según la escala BSES. Las mujeres que obtuvieron una puntuación <math>\geq 10</math> en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) interrumpieron la lactancia materna exclusiva 10 días antes que aquellas mujeres con una puntuación <math>\leq 9</math>, cuya duración media de la lactancia materna exclusiva fue de 38 días postparto.</p>								
<b>Discusión planteada</b>	<p>El análisis del tiempo hasta la interrupción de la LME, que va desde los 0 días hasta los 210 días postparto, se evaluó mediante las escalas de BSES y EPDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La interrupción de la LME se acentuó durante los primeros 60 días, seguida de un ligero descenso después de éste período inicial. La media fue de 36 días después del parto.</li> <li>- El análisis del tiempo hasta la interrupción de la LME según la EPDS evidenció la existencia de una interrupción temprana para el grupo de mujeres con <math>\geq 10</math> puntos en la escala EPDS. La media en el grupo con <math>\leq 9</math> puntos fue de 38 días y en el grupo con <math>\geq 10</math> puntos fue de 27 días postparto.</li> <li>- Las posibilidades de que la madre abandonara la lactancia materna exclusiva disminuyeron en un 48% cuando la autoeficacia de ésta cambió de baja a media, y disminuyó en un 80% cuando pasó de media a alta, según la escala BSES.</li> <li>- Cuando las madres se sienten más seguras y menos ansiosas sobre su función materna, se vuelven más confiadas en su capacidad para interpretar y resolver las dificultades que se pueden presentar durante la lactancia materna, que fueron experimentadas por el 62,14% de las mujeres investigadas. Éste resultado es compatible con la literatura científica, que indica que del 60% al 80% de las mujeres en el postparto experimentan complicaciones en la lactancia materna como dolor, irritación de la piel, mastitis o heridas en el pezón.</li> <li>- La disminución de los niveles de autoeficacia de la lactancia materna en los 120 días posteriores al parto puede estar relacionados con el regreso de éstas mujeres al trabajo. El 50,72% de las mujeres en el estudio tenían trabajos formales y tenían 120 día de baja por maternidad, éste dato refuerza el</li> </ul>								

	<p>impacto negativo de volver al trabajo en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No ser capaz de amamantar al bebé correctamente aumenta el riesgo de sufrir DPP.</li> </ul>	
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Se ha demostrado que la autoeficacia de la lactancia materna es un factor protector para la lactancia materna exclusiva, mientras que la depresión posparto es un factor de riesgo.</p> <p>Conocer los aspectos que preocupan a las madres y sus percepciones sobre su capacidad para amamantar, es de suma importancia para el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna, ya que éstos aspectos pueden modificarse.</p> <p>Se evidencia la necesidad de incorporar profesionales de salud mental en el equipo de atención a las mujeres en el periodo del postparto.</p>	
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1	Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2	Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3	Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 31 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an Expert Consultation. Geneva: World Health Organization; 2001 [cited Mar 5, 2018].</li> <li>- Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016 Jan 30; 387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.</li> <li>- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.</li> </ul>	

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
14	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Badr HA, Zauszniewski JA. Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. Int J Nurs Sci. 2017 Apr;4(2):179–83.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	El 20% de las muertes postparto ocurren por suicidio de la madre a la que se le diagnosticó DPP. Una terapia emergente para prevenir la DPP es el contacto piel con piel entre la madre y su recién



		nacido, conocida también como método canguro. Se ha propuesto un mecanismo mediante el cual el método canguro puede prevenir o minimizar los síntomas depresivos, ya que éste método desencadena la liberación de oxitocina, que a su vez, puede minimizar el riesgo de que la nueva madre experimente DPP.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Recopilar las pruebas que vinculan los efectos del método canguro con la depresión posparto, centrándose específicamente en el mecanismo que implica la liberación de oxitocina.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	X	Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2016			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras	Búsqueda bibliográfica a través de PubMed, CINHALL y Google Scholar.			
	<b>Población y muestra</b>				
<b>Resultados relevantes</b>	El método canguro se ha asociado con un efecto positivo en la prevención y desarrollo de la DPP.				
<b>Discusión planteada</b>	<p>Se utilizan varias estrategias farmacológicas y no farmacológicas para tratar la DPP. La mayoría de las madres se muestran reacias a tomar tratamiento farmacológico por miedo a que éste pase a sus bebés a través de la leche materna, por lo que prefieren las intervenciones no farmacológicas. Entre éstas intervenciones está el <b>método canguro</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El método canguro juega un papel importante en la disminución del riesgo de depresión posparto.</li> <li>- El contacto piel con piel entre la madre y el bebé durante el método canguro desencadena la liberación de oxitocina, que se vincula con la disminución del riesgo de síntomas depresivos y</li> </ul>				

	<p>el estrés materno. La liberación de oxitocina regula los procesos de calma, conexión y socialización.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El método canguro mejora los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, y promueve la aparición de sentimientos y pensamientos positivos (las madres que realizan éste método se muestran más calmadas, coordinadas, energéticas, relajadas y animadas).</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>El método canguro se ha asociado con un efecto positivo en la prevención y desarrollo de la DPP, por lo que la revisión de la literatura sugiere que puede usarse como una intervención no farmacológica y a la que hay que animar a usar a las madres en riesgo de desarrollar éste trastorno.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 57 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU).</li> <li>- Bigelow A, Power M, Maclellan-Peters J, Alex M, Mcdonald C. Effect of mother/ infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress.</li> <li>- Leahy-warren P, Mccarthy G, Corcoran P. Postnatal depression in first-time Mothers: prevalence and relationships between functional and structural social support at 6 and 12 Weeks postpartum. Arch Psychiatr Nurs 2011;25: 174e84.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
15	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	<p>Horowitz JA, Posmontier B, Chiarello LA, Geller PA. Introducing mother-baby interaction therapy for mothers with postpartum depression and their infants. Arch Psychiatr Nurs. 2019 Jun;33(3):225–31.</p>	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>La depresión posparto tiene profundos efectos adversos en la relación madre-hijo, que persisten a pesar de resolver los síntomas depresivos. Si bien las mujeres con DPP pueden experimentar una mejoría de los síntomas, el tratamiento estándar no</p>

		<p>necesariamente mejora la calidad de la interacción madre-hijo ni aborda las deficiencias en la relación, porque las madres suelen ser menos sensibles, receptivas y contingentes en la interacción con sus bebés que las madres sin DPP.</p> <p>Los bebés dependen de sus madres para que les proporcionen una base emocional segura que les permita relacionarse con los demás y generar afectos positivos.</p>			
	<b>Objetivo del estudio</b>	<p>Evaluar la eficacia del programa “Mother-Baby Interactions” para mejorar los síntomas de la DPP y la relación madre-hijo.</p>			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	
		Revisión Sistemática		Reporte de casos	X
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2018			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia				
	Escala (Validada/No validada)				
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas	Seguimiento de dos casos de mujeres con síntomas de DPP mientras se realiza el programa de “Mother-Baby Interactions” (MBI) durante 3 meses.			
	Otras				
	<b>Población y muestra</b>	2 mujeres con síntomas de depresión postparto.			
<b>Resultados relevantes</b>	El programa “Mother-Baby Interactions” es útil para mitigar los efectos adversos de la DPP y otros trastornos de salud mental perinatal.				
<b>Discusión planteada</b>	<p>Se escogieron a dos mujeres en riesgo de DPP para participar en el programa “Mother-Baby Interactions” (MBI) y observar así el impacto del programa sobre la salud mental de la madre y su relación con el bebé.</p> <p>- <b>Caso 1:</b> Durante la sesión inicial de MBI, Tania se quedó callada y miró su regazo, sin hacer contacto visual con su bebé ni con el terapeuta. Cuando se le pidió que describiera su relación con su bebé de 3 meses,</p>				

	<p>señaló que no se sentía "enamorada", que su bebé dormía mucho y que a menudo estaba irritable cuando estaba despierto. Tania identificó que sus prioridades eran estar más cerca de su bebé y asegurarse de que se estuviera "desarrollando bien" porque no quería que su depresión lo afectara. Durante las sesiones de MBI, el terapeuta y la madre discutieron y exploraron estrategias para calmar e interactuar con el bebé, así como formas de introducir nuevas actividades.</p> <p>Establecieron en colaboración dos metas a corto plazo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cada mañana, la madre pasaría de 5 a 10 minutos jugando con su bebé en el suelo o en su regazo.</li> <li>2) Dos tardes a la semana, la madre sacaría al bebé a pasear.</li> </ol> <p>La madre compartió que extrañaba tener tiempo para sí misma, especialmente para su pasatiempo de hacer fotos.</p> <p>Durante un período de 3 meses, Tania aprovechó sus fortalezas para comprender a su bebé y amplió su repertorio de interacciones lúdicas que facilitaron los comportamientos sociales y motores del bebé.</p> <p>Se invitó al padre a una sesión para que pudiera recibir apoyo, la sesión brindó una experiencia positiva para la familia y aumentó la confianza del padre en el cuidado del bebé de forma independiente, de modo que Tania tuviera algo de tiempo para satisfacer sus propias necesidades.</p> <p>Finalizaron el programa con notables mejorías en los síntomas depresivos.</p> <p style="text-align: center;"><b>- Caso 2:</b></p> <p>Durante la sesión inicial de MBI, cuando el terapeuta explicaba el enfoque de la terapia, Janelle dijo que no creía que jugar fuera importante para su bebé de 2 meses. Explicó que para ella era importante enseñarle a su bebé a leer y comportarse correctamente. El terapeuta reconoció el importante papel que tienen los padres en la enseñanza de sus hijos y que leerle a un bebé e inculcarle el amor por la lectura son especialmente beneficiosos, pero que jugar también era fundamental para su desarrollo.</p> <p>Al realizar la evaluación del desarrollo, el terapeuta se enteró de que el bebé no había estado expuesto a sonajeros, por lo que enfatizó en utilizar una variedad de juegos y actividades. Al comienzo de la siguiente sesión, Janelle compartió que había comprado un sonajero y quería mostrarle al terapeuta lo que su bebé había aprendido. El terapeuta respetó la perspectiva de Janelle y la madre se abrió a considerar otras posibilidades de jugar e interactuar con su bebé.</p> <p>El afecto y la conexión del bebé con su madre comenzó a demostrar nuevas fortalezas al hacer coincidir sus interacciones con las necesidades y el ritmo del bebé.</p>
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>El programa "Mother-Baby Interactions" es una terapia basada en evidencia para mitigar los efectos adversos de la DPP y otros trastornos de salud mental perinatal.</p> <p>Se ha demostrado su viabilidad y aceptabilidad junto con resultados clínicos positivos en nuestro programa ambulatorio intensivo, además, éste programa se puede proporcionar en atención primaria, centros de salud mental o en el domicilio.</p> <p>El programa "Mother-Baby Interactions" debe ser un tipo de tratamiento complementario necesario para la depresión posparto, la</p>

	ansiedad perinatal y otros trastornos, para garantizar el bienestar de la madre y el bebé y los resultados positivos en la salud mental a largo plazo.		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 34 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barry, R. A., Kochanska, G., &amp; Philibert, R. A. (2008). G × E interaction in the organization of attachment: Mothers' responsiveness as a moderator of children's genotypes. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>, 49(12), 1313–1320.</li> <li>- Censullo, M. (1994). Strategy for promoting greater responsiveness in adolescent parent/ infant relationships: Report of a pilot study. <i>Journal of Pediatric Nursing</i>, 9(5), 326–332.</li> <li>- Chiarello, L. A., &amp; Palisano, R. J. (1998). Investigation of the effects of a model of physical therapy on mother-child interactions and the motor behaviors of children with motor delay. <i>Physical Therapy</i>, 78(2), 180–194.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
16	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Zhuang C-Y, Lin S-Y, Cheng C-J, Chen X-J, Shi H-L, Sun H, et al. Home-based nursing for improvement of quality of life and depression in patients with postpartum depression. <i>World J Clin cases</i> . 2020 Oct;8(20):4785–92.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	<p>El embarazo es un período fisiológico especial para las mujeres. Durante el desarrollo normal del feto, la fisiología y psicología materna experimentarán una serie de cambios. Después del parto, éstos cambios físicos y psicológicos se recuperan gradualmente, pero en este proceso, algunas mujeres son propensas a la depresión, lo que afecta gravemente su calidad de vida y el posterior entusiasmo por la lactancia.</p> <p>Los estudios clínicos sugieren que, además del papel cambiante de la familia como desencadenante principal, los cambios en los niveles de hormonas sexuales también son factores de riesgo para</p>

		desarrollar depresión posparto.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Estudiar el efecto de la enfermería domiciliaria en pacientes con depresión postparto sobre su calidad de vida y depresión.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2017-2019			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
Encuesta/cuestionario de elaboración propia		Cuestionario sobre la satisfacción de la visita de la enfermera a domicilio.			
Escala (Validada/No validada)		EPDS			
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas					
Otras					
	<b>Población y muestra</b>	92 mujeres con depresión postparto.			
<b>Resultados relevantes</b>	La enfermería domiciliaria puede aliviar eficazmente la DPP y mejorar la calidad de vida de las pacientes, ayudar a modular sus niveles séricos de las hormonas E2, 5-HT y PRGE y mejorar su satisfacción con la atención de enfermería.				
<b>Discusión planteada</b>	<p>La enfermería familiar y comunitaria requiere tratar al paciente en su conjunto, teniendo en cuenta su entorno, relaciones, aspectos económicos y sociales, entablando también una comunicación diaria y eficaz con la familia, para así obtener un efecto positivo sobre el estado emocional de los pacientes. En la práctica clínica, las mujeres con depresión postparto son una población clave para utilizar éstas medidas de enfermería familiar y comunitaria.</p> <p>Se dividió a las pacientes en 2 grupos de manera aleatoria, un grupo recibió el tratamiento estándar de enfermería comunitaria con seguimiento en consulta y el otro grupo recibió el programa de enfermería domiciliaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las puntuaciones en la EPDS disminuyeron en ambos grupos, pero fueron más bajas en el grupo de mujeres que recibió las visitas de enfermería domiciliaria que en el grupo que recibió el tratamiento estándar.</li> <li>- Se observó que las visitas de la enfermera a domicilio, además</li> </ul>				

	<p>de mejorar el estado emocional de las pacientes, mejoraba los niveles de las hormonas que pueden estar relacionadas con la DPP (E2, 5-HT y PRGE).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El grupo de enfermería domiciliaria tuvo resultados significativamente mejores que el otro grupo, lo que sugiere que la enfermería a domicilio puede mejorar directamente la calidad de vida y la satisfacción que tienen los pacientes de la enfermera después de mejorar su estado emocional.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	En resumen, la enfermería domiciliaria para pacientes con depresión postparto puede ayudar a mejorar los síntomas depresivos, su calidad de vida, los diversos niveles hormonales, y mejorar la percepción y satisfacción que tienen éstas familias sobre la enfermera a domicilio.		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 20 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchanga SMJ, Eitoku M, Mbelambela EP, Ninomiya H, Iiyama T, Komori K, Yasumitsu-Lovell K, Mitsuda N, Tozin RR, Maeda N, Fujieda M, Suganuma N Japan Environment and Children's Study Group. Association between nausea and vomiting of pregnancy and postpartum depression: the Japan Environment and Children's Study. J Psychosom Obstet Gynaecol . :2020 1–9.</li> <li>- Li Y, Zhao Q, Cross WM, Chen J, Qin C, Sun M. Assessing the quality of mobile applications targeting postpartum depression in China. Int J Ment Health Nurs . 2020:Online ahead of print.</li> <li>- Maliszewska K, Świątkowska-Freund M, Bidzan M, Krzysztof P. Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 wk and 3 mo after delivery. Psychiatr Pol . 2017;51:889–898.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
17	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Liu H, Yang Y. Effects of a psychological nursing intervention on prevention of anxiety and depression in the postpartum period: a randomized controlled trial. Ann Gen Psychiatry. 2021 Jan;20(1):2.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción</b>	El embarazo y el parto son importantes fenómenos para las mujeres, en éste proceso, el estado de

	<b>(max 100 pal)</b>	<p>ánimo de la mujer cambiará y se volverá sensible a los estímulos psicológicos, lo que conducirá a posibles problemas psicológicos, como ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático.</p> <p>El rol de la madre se ve afectado por la depresión postparto y, a veces, la atención de la madre en el niño y la familia también se ve comprometida.</p> <p>Varios estudios han demostrado que la intervención cognitivo-conductual reduce significativamente las puntuaciones de la escala de depresión posparto materna y alivia los síntomas depresivos.</p>			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Investigar si la intervención psicológica de enfermería tiene un efecto beneficioso en la prevención de la ansiedad y la depresión en el postparto.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2019-2020			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
Escala (Validada/No validada)		EPDS Hamilton Depression Scale (HAMD) Hamilton Anxiety Scale (HAMA) Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)			
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas					
Otras					
<b>Población y muestra</b>	843 mujeres primíparas con riesgo de desarrollar depresión postparto.				
<b>Resultados relevantes</b>	La intervención cognitivo-conductual por parte de las enfermeras alivió la ansiedad y la depresión en mujeres primíparas e inhibió la patogenia de la depresión postparto.				
<b>Discusión planteada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La identificación de factores de riesgo y la terapia para la DPP son fundamentales para ofrecer un correcto tratamiento.</li> <li>- En comparación con la atención de rutina, la intervención cognitivo-conductual alivió significativamente la depresión y la</li> </ul>				



	<p>ansiedad postparto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La realización de la intervención cognitivo-conductual (intervención psicológica de enfermería) fue capaz de reducir eficazmente la incidencia de depresión postparto en mujeres primíparas en riesgo, además de reducir los síntomas de ansiedad e insomnio y mejorar la calidad de vida de las mujeres.</li> <li>- Antes de la intervención, todas las participantes tenían tendencia a la DPP, y 6 semanas después de la intervención, la proporción de participantes con DPP en el grupo de intervención fue drásticamente menor que en el grupo de control.</li> <li>- Las puntuaciones en las escalas HAMA, HAMD, EPDS y PSQI disminuyeron significativamente tras 6 semanas de terapia cognitivo-conductual.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	Ésta investigación proporcionó evidencia de que el desempeño de la intervención cognitivo-conductual por parte de la enfermera en el período postparto alivió la ansiedad y la depresión en mujeres primíparas e inhibió la patogenia de la depresión postparto.		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 29 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Korja R, Savonlahti E, Haataja L, Lapinleimu H, Manninen H, Piha J, Lehtonen L. Attachment representations in mothers of preterm infants. <i>Infant Behav Dev.</i> 2009;32(3):305–11.</li> <li>- Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. <i>Birth.</i> 2005;32(1):11–9.</li> <li>- Soltani N, Abedian Z, Mokhber N, Esmaily H. The Association of family support after childbirth with posttraumatic stress disorder in women with preeclampsia. <i>Iran Red Crescent Med J.</i> 2015;17(10):e17865.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
18	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Murn NL. Mothering the Mother: An Educational Program for Nurse-Provided Continuous Labor Support. <i>J Perinat Educ.</i> 2019 Oct;28(4):199–209.	
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción</b>	Las enfermeras supervisan el bienestar materno y fetal, coordinan la atención entre los miembros del

	<i>(max 100 pal)</i>	<p>equipo, comunican los resultados de la evaluación y el progreso realizado, inician medidas de confort e intervenciones cuando es necesario y brindan apoyo durante el trabajo de parto a la madre.</p> <p>Las prácticas de apoyo continuo tras el parto son la excepción, más que el estándar de atención, no obstante, las enfermeras perinatales están en una posición única para brindar un apoyo continuo a la mujer y su familia durante el proceso de parto.</p>			
	<b>Objetivo del estudio</b>	<p>Promover un programa de educación centrado en los beneficios de los cuidados continuos tras el parto dirigido a enfermeras perinatales para aumentar el conocimiento y la conciencia fisiológica del parto, cambiar la práctica clínica y mejorar los resultados maternos.</p>			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica		Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática		Casos controles	
		Meta-análisis		Cohortes	
		Estado actual del tema		Descriptivo	
		Revisión histórica		Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2018			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia		Cuestionario de satisfacción de las madres sobre la experiencia de parto.		
	Escala (Validada/No validada)		EPDS		
	Registro de datos cuantitativos				
	Técnicas cualitativas				
	Otras				
	<b>Población y muestra</b>	Púérperas ingresadas en una planta de maternidad.			
<b>Resultados relevantes</b>	El apoyo continuo en el trabajo de parto es beneficioso tanto para la mujer como para el niño.				
<b>Discusión planteada</b>	El apoyo continuo en el trabajo de parto consiste en reducir al mínimo posible las intervenciones con monitoreo fetal, no utilizar anestesia y proteger el espacio de parto de la madre, permitiendo que no haya límites en la cantidad de familiares o niños que la madre desee tener presentes durante el parto. Las enfermeras son las encargadas de acoger a los miembros de la familia y evalúan continuamente las necesidades de la madre y sus deseos.				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algunas enfermeras manifestaron que el uso de medidas anticuadas como administrar por defecto la anestesia antes del parto, la posición ginecológica típica adaptada a las camillas disponibles en la unidad y no a los deseos de la madre, y la presencia del padre como único acompañante durante el parto les dificultaba poner en práctica los cuidados de apoyo continuo en el trabajo de parto.</li> <li>- Se ha demostrado que cuando las enfermeras proporcionan apoyo continuo en el trabajo de parto, las mujeres tienen más partos vaginales espontáneos, menos cesáreas, partos más cortos, menos necesidad de anestesia, menos partos instrumentales, y las mujeres informan sobre una mayor satisfacción con la experiencia del parto y menor estrés, ansiedad y preocupación.</li> <li>- La importancia de educar a las enfermeras sobre éste tipo de apoyo y sus beneficios es vital para la promoción del parto fisiológico, mejorando los resultados para la mujer que da a luz y su bebé y para ahorrar costos en las organizaciones de atención médica.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>El apoyo continuo en el trabajo de parto es beneficioso tanto para la mujer como para el niño.</p> <p>Éste apoyo continuo proporcionado por enfermeras no solo mejora la experiencia del parto de la madre, sino que también brinda beneficios a la enfermera, a la unidad y al hospital, ya que se ha visto como las enfermeras con mayor experiencia en proporcionar éstos cuidados tienen menores tasas de natalidad por cesárea y mayor satisfacción de sus pacientes del trato recibido, y por tanto, menores niveles de estrés y ansiedad materna.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 27 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- American College of Nurse Midwives. (2017). Birth-tools: Tools for optimizing the outcomes of labor safely.</li> <li>- American College of Obstetricians &amp; Gynecologists. (2014). Obstetric care consensus no.1: Safe prevention of the primary cesarean delivery. Washington, DC. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing. (2011). Nursing support of laboring women.</li> <li>- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nursing. (2015). Nursing care and management of the second stage of labor.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
19	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	McCarter-Spaulding D, Shea S. Effectiveness of Discharge Education on Postpartum Depression. MCN Am J Matern Child Nurs. 2016;41(3):168–72.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La educación y el apoyo a la mujer es un objetivo y un aspecto fundamental de la atención de enfermería durante el período posparto. Como la depresión posparto es una complicación común en éste periodo, la orientación anticipada y la educación sobre DPP son aspectos importantes de la atención enfermera. Las enfermeras suelen ser el primer profesional de la salud en abordar la DPP.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Determinar la efectividad de la educación al alta para reducir o prevenir los síntomas de depresión posparto.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2015-2016		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado		
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia		
Escala (Validada/No validada)		EPDS Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R).		
Registro de datos cuantitativos				
Técnicas cualitativas				
Otras				
<b>Población y muestra</b>	170 mujeres que han dado a luz y tienen riesgo de desarrollar depresión posparto.			
<b>Resultados relevantes</b>	No se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que recibieron la intervención educativa y las que recibieron la atención habitual proporcionada.			

<p><b>Discusión planteada</b></p>	<p>Se dividió a las mujeres en dos grupos, un grupo recibió el tratamiento estándar y el otro grupo recibió la intervención del programa de educación al alta.</p> <p>Se contactó con las participantes el día antes de su alta de la unidad de maternidad, después de que completaran cuestionarios escritos con información demográfica, de nacimiento y de alimentación infantil y el PDPI-R. El seguimiento se realizó por correo a las 6 semanas, 3 meses, y 6 meses después del parto. En cada seguimiento, las participantes describieron a la enfermera cambios en su estado de salud o la del bebé, cambios importantes en su vida o empleo, patrón actual de alimentación infantil y completaron la EPDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que recibieron la intervención educativa y las que recibieron la atención habitual proporcionada, según las puntuaciones de la EPDS en cualquiera de los puntos de seguimiento.</li> <li>- Durante el período de seguimiento de 6 meses, un 10,2% de las mujeres en el grupo de control y un 7,6% de las mujeres en el grupo de intervención informaron haber recibido tratamiento para la depresión.</li> <li>- Las mujeres con puntuaciones totales <math>\geq 13</math> en la EPDS o aquellas que indicaban riesgo de autolesión fueron remitidas para tratamiento por el equipo de investigación por protocolo.</li> <li>- 4 mujeres de la muestra total pudieron haber buscado ayuda profesional para tratar su depresión gracias a la intervención del equipo de investigación.</li> <li>- Dar prioridad al tiempo de las enfermeras para brindar atención a las mujeres en riesgo puede ser más efectivo que una intervención educativa estandarizada.</li> </ul> <p>Los autores creen que éstos resultados son debidos a que es probable que las demandas de un recién nacido reduzcan la atención que dedican las madres a las encuestas enviadas por correo o los mensajes telefónicos.</p>		
<p><b>Conclusiones del estudio</b></p>	<p>La educación para el alta no tuvo una influencia significativa sobre la prevención de los síntomas de la DPP en éste estudio.</p> <p>Quizás la atención habitual para las mujeres en riesgo de depresión no fue significativamente diferente a la intervención ofrecida por el equipo de investigación, minimizando las distinciones entre el tratamiento y la atención habitual. Es posible que el momento de la educación no haya sido óptimo o que la educación por sí sola no sea adecuada para cambiar los resultados de salud.</p> <p>La recuperación física, el cuidado infantil, el entretenimiento de las visitas, así como la agudeza de la paciente en la unidad, crean muchas distracciones tanto para la enfermera como para la postparto en el proceso de enseñanza del alta.</p> <p>La educación sobre la DPP durante la ajetreada hospitalización puede no ser un uso eficaz del tiempo de las enfermeras y puede reducir la atención a prioridades importantes como la alimentación infantil y el cuidado materno, así como el descanso.</p>		
<p><b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el</p>	<p>Likert 1</p>		<p>Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)</p>

artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 28 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Association of Women’s Health Obstetric and Neonatal Nurses. (2015). Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing.</li> <li>- Bastable, S. B. (2008). Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.</li> <li>- Beck, C. T., Records, K., &amp; Rice, M. (2006). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.</li> </ul>		

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
20	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Fonseca A, Alves S, Monteiro F, Gorayeb R, Canavarro MC. Be a Mom, a Web-Based Intervention to Prevent Postpartum Depression: Results From a Pilot Randomized Controlled Trial. Behav Ther. 2020;51(4):616–33.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	Las intervenciones preventivas para la DPP son efectivas, aunque la mayoría de éstas intervenciones tienen una alta variabilidad en la población a estudio y se centran en minimizar los factores de riesgo (como la falta de apoyo social) sin basarse en modelos de terapia psicológica. Las intervenciones basadas en la web pueden reducir las barreras de aceptación del tratamiento entre las mujeres en riesgo (como el estigma, las limitaciones de acceso a los servicios de salud, las limitaciones del cuidado infantil) y aumentar su acceso a las intervenciones para prevenir la DPP.			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Evaluar el programa web “Be a Mom” en términos de eficacia preliminar, factibilidad y aceptabilidad para prevenir la depresión postparto.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	X	
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes		

		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cuantitativo	
<b>Año de realización</b>	2017-2019			
<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)	EPDS Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)		
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas			
	Otras			
<b>Población y muestra</b>	194 mujeres que presentan factores de riesgo o síntomas de DPP.			
<b>Resultados relevantes</b>	El programa web “Be a Mom” mostró tener eficacia, aceptabilidad y viabilidad para disminuir los síntomas de depresión postparto y ansiedad. La mayoría de participantes volverían a utilizarlo si fuera necesario.			
<b>Discusión planteada</b>	<p>El programa web “Be a Mom” tiene las características de las intervenciones preventivas presenciales más efectivas (como son los resultados a corto plazo y estar dirigido a mujeres en riesgo). “Be a Mom” es una intervención preventiva auto guiada basada en la web, es decir, es la mujer quien realiza las actividades del programa por su cuenta a través de internet, sin soporte humano en ese momento. Un correo electrónico fue creado para consultas de problemas técnicos. Además, el programa se basa en los principios de la terapia cognitivo-conductual, una terapia psicológica que ha demostrado ser eficaz para prevenir la DPP.</p> <p>Las mujeres fueron elegidas para participar durante su ingreso en la planta de maternidad y se dividieron aleatoriamente en dos grupos. Un grupo de intervención que recibió acceso a la web del programa “Be a Mom” y otro grupo control que recibió el tratamiento estándar, apuntándose en la lista de espera para recibir terapia psicológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las mujeres del grupo de intervención mostraron una disminución significativamente mayor en los síntomas depresivos y de ansiedad desde el inicio hasta después de la intervención en comparación con el grupo de control.</li> <li>- La disminución de las puntuaciones en las escalas EPDS y HADS fue de media el doble en el grupo de intervención que en el grupo de control.</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al final de la intervención, los niveles de síntomas depresivos cayeron muy por debajo de la puntuación requerida para considerar el diagnóstico de DPP, lo que sugiere la efectividad de “Be a Mom” para enfocar y reducir los síntomas depresivos de aparición temprana.</li> <li>- La reducción media de los niveles de ansiedad desde el inicio hasta la evaluación posterior a la intervención fue ocho veces mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control, lo que sugiere que, aunque “Be a Mom” fue diseñado para abordar los síntomas depresivos, las estrategias incluidas en el programa parecen tener también un efecto clínico en la reducción de los síntomas de ansiedad.</li> <li>- La mayoría de las participantes (un 71,4%) volverían a utilizar “Be a Mom” si fuera necesario.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Los resultados proporcionan evidencia preliminar de la eficacia, aceptabilidad y viabilidad del programa web “Be a Mom”, aunque se necesitan más investigaciones para establecer ésta intervención como una intervención preventiva selectiva para la DPP persistente. Es muy importante enfocar las intervenciones preventivas para la DPP en los síntomas de depresión y ansiedad, y no sólo tener en cuenta los síntomas depresivos.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 38 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alves, S., Fonseca, A., Canavarro, M. C., &amp; Pereira, M. (2018). Preliminary psychometric testing of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) in Portuguese women. <i>Maternal and Child Health Journal</i>, 22, 571-578.</li> <li>- Andersson, G., &amp; Titov, N. (2014). Advantages and limitations of internet-based interventions for common mental disorders. <i>World Psychiatry</i>, 13, 4-11.</li> <li>- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., &amp; Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. <i>British Journal of Psychiatry</i>.</li> </ul>		



Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
21	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Félix TA, Nogueira Ferreira AG, d'Avila Siqueira D, Vieira do Nascimento K, Ximenes Neto FRG, Muniz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. <i>Enferm Glob.</i> 2013;12(1):404–19.				
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La enfermera desarrolla acciones en todas las fases del ciclo vital, también en el postparto. Es necesario que las enfermeras conozcan ésta realidad, ya que son quienes hacen el seguimiento de la madre y el hijo en el puerperio en la mayoría de las consultas de puericultura. Por tanto debemos hacernos las siguientes preguntas: ¿Las enfermeras de atención primaria tienen conocimientos sobre DPP?, ¿Cuál es la frecuencia de detección de casos de DPP en consultas de puericultura?, ¿Qué beneficios aporta la detección precoz a la mejora del cuadro y disminución de perjuicios en casos de DPP?			
	<b>Objetivo del estudio</b>	Identificar los conocimientos de las enfermeras sobre la DPP y ver cómo actúan ante éstos casos en las consultas de puericultura, además de sensibilizar a los profesionales para la detección temprana.			
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico		
		Revisión Sistemática	Casos controles		
		Meta-análisis	Cohortes		
		Estado actual del tema	Descriptivo		
		Revisión histórica	Cualitativo de investigación-acción	X	
	<b>Año de realización</b>	2012-2013			
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado			
Encuesta/cuestionario de elaboración propia					
Escala (Validada/No validada)					
Registro de datos cuantitativos					
Técnicas cualitativas		Grabaciones, entrevistas semi-estructuradas y técnica del collage.			

		Otras	
	<b>Población y muestra</b>	Enfermeras del centro de salud Sinhá Sabóia.	
<b>Resultados relevantes</b>	Recibir atención de una enfermera comunitaria entrenada en métodos de detección de síntomas depresivos y del desarrollo de una intervención psicológica tiene un afecto positivo en la prevención de la DPP.		
<b>Discusión planteada</b>	<p>Se realizaron 4 sesiones grupales de una hora y media a la semana con las enfermeras del centro de salud. En la primera sesión se reflexionó sobre sus conocimientos acerca de la DPP y cómo la identificaban en consulta; en la segunda sesión se les explicó la etiología de la DPP, los síntomas, factores de riesgo y su importancia en la salud mental materna; en la tercera sesión se trataron las actuaciones de enfermería ante casos de DPP; y en la última sesión se expusieron tres casos reales de mujeres con DPP y se reflexionó sobre ellos, además de enseñar a aplicar la escala EPDS. Las conclusiones que extrajeron los autores tras finalizar éstas sesiones fueron que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría de enfermeras de atención primaria no tenían un conocimiento extenso de la DPP ni de sus síntomas, pero eran capaces de identificar muchos factores relacionados con el trastorno.</li> <li>- El estudio demuestra que, después de la intervención y educación dirigida a las enfermeras sobre el conocimiento y la detección de la DPP, éstos profesionales adquieren competencias para detectarla y tratarla adecuadamente.</li> </ul>		
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Los autores creen que la realidad encontrada en éste centro de salud sobre el conocimiento que tienen las enfermeras sobre la DPP es la realidad de la atención primaria, siendo necesario que éste trastorno sea abordado, divulgado y estudiado por los profesionales de enfermería. Entender que la DPP es un trastorno que puede tratarse y que no tiene nada que ver con una “mala” personalidad de la madre, sino que es debido a un conjunto de factores, implica deshacerse de estigmas que están presentes en las mujeres, sus familiares, e incluso en los profesionales sanitarios.</p>		
<b>Valoración (Escala Liker)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 22 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Silva ET, Botti NCL. Depressão puerperal – uma revisão de literatura. Rev. Eletrônica de Enfermagem 2005; v. 07, n. 02; p. 231 - 238.</li> <li>- Coutinho MPL, Saraiva ERA. As representações sociais da depressão pós-parto elaboradas por mães puérperas. Psicol. Cienc. Prof. 2008 jun; vol.28, n.2; p.244-259.</li> </ul>		

	- Zanotti, DV et. al. Identificação e intervenção nos transtornos psiquiátricos associados ao puerpério: a colaboração do enfermeiro psiquiatra. Nursing 2003 jun; v. 06; p. 36-42.
--	---

Nº Ficha (por orden de lectura)	Código de Referencia interna
22	

<b>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</b>	Falana SD, Carrington JM. Postpartum Depression: Are You Listening? Nurs Clin North Am. 2019 Dec;54(4):561–7.			
<b>Introducción</b>	<b>Resumen de la introducción (max 100 pal)</b>	La DPP es un trastorno muy común que afecta a las madres, a sus bebés y a la familia. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, la DPP sigue estando infradiagnosticada e incomprendida. Dos cuestiones clave perpetúan los malentendidos de la DPP: la puntualidad del diagnóstico y las herramientas de diagnóstico. Las mujeres no siempre muestran signos de DPP y es posible que no hablen sobre los cambios de humor que han sufrido tras el parto.		
	<b>Objetivo del estudio</b>	Identificar los medios más efectivos para la evaluación, detección y tratamiento de la depresión postparto en las madres que se consideran en riesgo.		
<b>Metodología</b>	<b>Tipo de estudio</b>	Revisión bibliográfica	Ensayo Clínico	X
		Revisión Sistemática	Casos controles	
		Meta-análisis	Cohortes	
		Estado actual del tema	Descriptivo	
		Revisión histórica	Cuantitativo	
	<b>Año de realización</b>	2018-2019		
	<b>Técnica recogida de datos</b>	Encuesta/Cuestionario validado	Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)	
	Encuesta/cuestionario de elaboración propia			
	Escala (Validada/No validada)	EPDS		
	Registro de datos cuantitativos			
	Técnicas cualitativas			
	Otras			

	<b>Población y muestra</b>	Mujeres en riesgo de desarrollar depresión postparto.
<b>Resultados relevantes</b>	Las enfermeras tienen un papel fundamental en la detección de la DPP y en la derivación de la paciente a los servicios de salud mental correspondientes. Las mujeres que fueron atendidas por enfermeras para tratar la DPP mostraron una reducción de los síntomas.	
<b>Discusión planteada</b>	<p><b>Detección y prevención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Después de detectar la DPP en las madres es importante que los profesionales de la salud deriven a cualquier paciente que se considere de alto riesgo (puntuación &gt; 10 en la EPDS) a un servicio de salud mental para recibir tratamiento adicional.</li> <li>- Si la paciente expresa pensamientos suicidas o ha realizado un intento de suicidio se debe derivar al servicio de urgencias más cercano para recibir tratamiento inmediato, asegurando así que la madre ya no se quede sola hasta que se considere segura para ella misma y otros por un profesional de salud mental.</li> <li>- Si la madre obtiene menos de 10 puntos en la EPDS, puede ser enviada a casa, pero informada sobre la DPP, sus signos y síntomas, así como cuándo buscar más ayuda.</li> <li>- Una vez que se ha detectado el trastorno, se recomienda que la madre sea derivada a un psiquiatra para un tratamiento que consta de 2 objetivos: salud y bienestar de la madre y cuidado y crianza del bebé.</li> </ul> <p>La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser la terapia psicológica y el tratamiento de elección para las mujeres con DPP.</p> <p><b>El rol de la enfermera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermeras tienen un papel fundamental en la detección de la DPP y en la derivación de la paciente a los servicios de salud mental correspondientes.</li> <li>- Es función de la enfermera desarrollar programas de prevención y actividades para disminuir el riesgo de las mujeres de desarrollar DPP.</li> <li>- Las visitas de enfermería a domicilio hicieron sentir a las mujeres menos solas y tuvieron menores niveles de estrés y ansiedad.</li> <li>- La educación para la salud proporcionada por enfermeras y dirigida a las madres en riesgo o con diagnóstico de DPP es fundamental para un correcto tratamiento, ya que enseñar a las madres a establecer vínculos afectivos con su bebé, promover la lactancia materna y recordarles que también deben cuidarse a sí mismas es muy importante para disminuir los síntomas depresivos.</li> </ul>	
<b>Conclusiones del estudio</b>	<p>Encontrar la mejor herramienta de detección es clave para ayudar a identificar a las madres con DPP.</p> <p>Es importante enseñar a las madres a cómo cuidar no sólo de sus bebés, sino también de ellas mismas. A las madres siempre se les enseña sobre los horarios de alimentación, cambios de pañal y baños del bebé, sin embargo, conocer los signos y síntomas de la depresión postparto y cuándo y a quién llamar para pedir ayuda es importante en el momento del alta hospitalaria.</p>	

	La evaluación de una madre en el momento del alta hospitalaria aumentará la probabilidad de disminuir del 10% al 20% la presencia de DPP que pasa desapercibida hasta los 6 meses después del parto.		
<b>Valoración (Escala Likert)</b> Valorar el artículo según su relevancia para nuestro estudio.	Likert 1		Poco relevante para el objetivo de nuestro estudio (valorar su exclusión)
	Likert 2		Relevante para el marco teórico de justificación del estudio pero de poca calidad metodológica
	Likert 3		Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio
	Likert 4	X	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<b>Bibliografía (revisión dirigida)</b>	<p>En total los autores utilizaron 13 referencias. Principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S. ABM clinical protocol #18: use of antidepressants in breastfeeding mothers. Breastfeed Med 2015;10:290–9.</li> <li>- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013.</li> <li>- Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. N Engl J Med 2016;375(22): 2177–86.</li> </ul>		

## Anexo 2: Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).

### Escala de Depresión Posnatal Edinburgh

Las premisas a continuación están dirigidas a explorar su estado emocional. Este cuestionario tiene diez premisas y cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas. **Por favor marque (X) la respuesta que mejor represente como se ha sentido en los últimos 7 días y no sólo como se ha sentido hoy.** Le recordamos que toda la información que nos provea será estrictamente confidencial, su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a responder en cualquier momento.

**1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:**

Tanto como siempre            \_\_\_ 0  
 No tanto ahora                    \_\_\_ 1  
 Sin duda, mucho menos ahora   \_\_\_ 2  
 No, en absoluto                    \_\_\_ 3

**2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:**

Tanto como siempre            \_\_\_ 0  
 Algo menos de lo que solía hacerlo \_\_\_ 1  
 Definitivamente menos de lo que solía hacerlo \_\_\_ 2  
 Prácticamente nunca            \_\_\_ 3

**3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas:**

**marchaban mal:**

Sí, casi siempre siempre        \_\_\_ 3  
 Sí, algunas veces siempre       \_\_\_ 2  
 No muy a menudo siempre     \_\_\_ 1  
 No, nunca siempre                \_\_\_ 0

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:**

No, en absoluto                    \_\_\_ 0  
 Casi nada                            \_\_\_ 1  
 Sí, a veces                           \_\_\_ 2  
 Sí, muy a menudo                 \_\_\_ 3

**5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:**

Sí, bastante                         \_\_\_ 3  
 Sí, a veces                           \_\_\_ 2  
 No, no mucho                       \_\_\_ 1  
 No, en absoluto                    \_\_\_ 0

**6. Las cosas me oprimen o agobian:**

Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas \_\_\_ 3  
 Sí, a veces no he podido sobrellevarlas                    \_\_\_ 2  
 No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien                    \_\_\_ 1  
 No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo he hecho siempre                    \_\_\_ 0

**7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:**

Sí, casi siempre                    \_\_\_ 3  
 Sí, a veces nunca                   \_\_\_ 2  
 No muy a menudo nunca        \_\_\_ 1  
 No, en absoluto nunca            \_\_\_ 0

**8. Me he sentido triste y desgraciada:**

Sí, casi siempre                    \_\_\_ 3  
 Sí, bastante a menudo            \_\_\_ 2  
 No muy a menudo                 \_\_\_ 1  
 No, en absoluto                    \_\_\_ 0

**9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:**

Sí, casi siempre                    \_\_\_ 3  
 Sí, bastante a menudo            \_\_\_ 2  
 Ocasionalmente                    \_\_\_ 1  
 No, nunca                            \_\_\_ 0

**10. He pensado en hacerme daño:**

Sí, bastante a menudo            \_\_\_ 3  
 A veces                               \_\_\_ 2  
 Casi nunca                            \_\_\_ 1  
 No, nunca                            \_\_\_ 0

**Total**                                \_\_\_ / 30

De obtener un resultado mayor de **10 puntos** es recomendable que sea referido/a para recibir un cernimiento psicológico.