

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica.

Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review.

Autores:

- **María Antúnez Ortigosa.** Hospital Regional Universitario de Málaga. España.
- **Nuria Martín Narváez.** Hospital Regional Universitario de Málaga. España.
- **José Carlos Casilari Floriano.** Centro de Salud La Luz. Distrito Málaga. España.
- **Francisco Javier Mérida de la Torre.** Hospital Materno Infantil. Málaga. España.

Autora de correspondencia:

- **María Antúnez Ortigosa.** Hospital Regional Universitario de Málaga. España.
Correo electrónico: mariantunezortigosa@gmail.com

Fecha de recepción:

- 07/06/2022

Fecha de aceptación:

- 28/06/2022

DOI:

- <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.

Modo de referenciar el artículo:

- Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enferm. Cuid.* 2022;5(3):19-29.
<https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>.



Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

Introducción: La depresión post parto es la presencia de síntomas depresivos en mujeres, generalmente en las cuatro semanas posteriores al parto y aparece en el 10-15% de las mujeres. La DPP presenta una serie de consecuencias importantes tanto para la madre como para el hijo o ambiente familiar, por lo que enfermería debe detectar los factores de riesgos e intervenir para minimizarlas.

Objetivos: Por esta razón, el objetivo principal de este trabajo es analizar los factores de riesgos que influyen en la aparición de la DPP, y así poder determinar las actuaciones de enfermería ante este diagnóstico.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en dos bases de datos de Ciencias de la Salud (PubMed y SciELO), de la que se obtuvo un importante número de artículos válidos para realizar la revisión.

Resultados: Tras realizar una revisión de la literatura, la mayoría de los artículos coinciden en que los factores de riesgos más importantes guardan relación con el historial psiquiátrico previo y con la falta de apoyo social, recursos económicos o nivel bajo de educación; Además de una mala experiencia obstétrica, la situación geográfica o la falta de sueño.

Conclusiones: Para valorar la DPP es recomendable el uso del Test de Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS) en las primeras semanas tras el parto, por su facilidad y utilidad. Tras el diagnóstico, se plantea una intervención a través de los profesionales sanitarios con terapias conductuales y psicosociales para ayudar a las madres a sentirse mejor y disminuir el desarrollo de la DPP.

Palabras clave: Depresión posparto; Etiología; Enfermería; Puerperio

Abstract

Introduction: Postpartum depression is the presence of depressive symptoms in women, generally in the four weeks following childbirth and appears in 10-15% of women. PPD presents a series of important consequences for both the mother and the child or family environment, so nursing must detect the risk factors and intervene to minimize them.

Objectives: For this reason, the main objective of this study is to analyze the risk factors that influence the onset of PPD, and thus to determine the nursing actions to be taken in the face of this diagnosis.

Methodology: It was carried out a bibliographical review in 2 databases of Health Sciences (PubMed, SciELO), from which a significant number of valid articles was obtained for the review.

Results: After reviewing the literature, most of the articles agree that the most important risk factors are related to previous psychiatric history and lack of social support, economic resources, or low level of education, as well as poor obstetric experience, geographical location or lack of sleep.

Conclusions: To assess PPD, the use of the Edinburgh Postnatal Depression Test (EPDS) in the first weeks after birth is recommended because of its ease and usefulness. After diagnosis, an intervention is proposed by health professionals with behavioral and psychosocial therapies to help mothers feel better and reduce the development of PPD.

Keywords: Perinatal death; Pandemic; Perinatal grief; Midwife

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

Introducción

Durante el embarazo hay un proceso de adaptación que pone a prueba la capacidad de la madre para implicarse en los factores biológicos, psicológicos, culturales y psicosociales¹.

El embarazo se determina como una etapa de mayor vulnerabilidad para la aparición de ansiedad y depresión debido a que es una etapa llena de conflictos con necesidades y obligaciones. La madre presenta dudas sobre su capacidad para ejercer de madre y ofrecer unos buenos cuidados para el recién nacido, por lo que hay una predisposición a estrés psicológico.

El riesgo de complicaciones es mayor cuando hablamos de embarazos no deseados, ya que será necesario un seguimiento, incluido en el postparto, una valoración psiquiátrica, así como un seguimiento social preventivo.

El período postparto o puerperio se define como el período, normalmente de 6 semanas siguientes al parto, en el que el cuerpo de la madre vuelve al estado anterior al embarazo. Suele estar acompañado con algunos síntomas o complicaciones leves y temporales como mastitis, sangrado excesivo (hemorragia puerperal o posparto), infecciones uterinas, de riñones o vejiga, problemas relacionados con la lactancia materna y depresión².

El puerperio comprende tres períodos:

- Puerperio inmediato, que abarca las primeras 24 h.
- Puerperio mediato, que dura 10 días.
- Puerperio tardío, que abarca desde el onceavo día a los 42 días.

La depresión post parto es la presencia de síntomas depresivos en mujeres, generalmente en las cuatro semanas posteriores al parto. El grado de depresión varía desde una leve depresión transitoria hasta trastornos depresivos neuróticos o psicóticos.

La DPP (Depresión Postparto) aparece en el 10-15% de las mujeres. Según un estudio sobre la prevalencia global de depresión postparto entre mujeres realizado en 80 países, sobre el cuál hablaré más tarde, una de cada cinco mujeres desarrolla depresión postparto (un 17.22% del análisis de meta regresión)³.

Los **factores causales** o de riesgos de la DPP son, entre otros, factores estresantes de la vida diaria (conflictos de pareja, haber pasado eventos estresantes durante el embarazo, situación económica, estado civil...), falta de apoyo, malos resultados obstétricos previos (abortos anteriores, parto pretérmino, neonato ingresado en uci,

malformaciones congénitas...), problemas con la lactancia, edad gestacional, cambios hormonales, privación del sueño y la susceptibilidad genética⁴.

Otros factores de riesgo que pueden aumentar el riesgo de padecer DPP son: estrés (estrés moderado), tipo de parto (parto por cesárea), paridad (primiparidad) y antecedentes psiquiátricos positivos⁵.

La DPP (depresión posparto) se caracteriza por:

- Cambios de humor.
- Insomnio.
- Tristeza y llanto incontrolable.
- Cefaleas y dolores corporales.
- Preocupaciones poco realistas sobre el bebé o desinterés.
- Sensación de ser incapaz para cuidar el bebé.
- Temor de poder hacerle daño.
- Culpa por los sentimientos.
- Ansiedad o ataques de pánico.
- Incluso ideación suicida.

Esta última es una de las complicaciones más graves junto al infanticidio cuando la depresión y psicosis postparto no son tratadas⁴.

Es importante saber diferenciar entre tristeza postparto o baby blues, depresión postparto y psicosis postparto, ya que la actuación y la gravedad de la situación variará mucho según el diagnóstico otorgado a la paciente.

-Tristeza postparto (Baby Blues):

Aparece entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Se define como una alteración del estado de ánimo debido a los cambios psicológicos, hormonales y sociales. Presentan una intensidad y duración variable y los síntomas suelen desaparecer espontáneamente a las dos o tres semanas siguientes sin atención médica y/o psicológica. La Tristeza posparto se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz⁶.

El cuadro clínico se presenta normalmente con inestabilidad emocional, irritabilidad y tristeza o llanto fácil, así como con ansiedad y desesperación por la dificultad en el manejo del recién nacido.

Se recomienda informar a la madre, a la pareja y a los familiares acerca de la existencia de esta situación, especialmente sobre la diferencia con la depresión posparto.

Es necesario informar que el estado de tristeza postparto se debe fundamentalmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. De igual modo, es preciso acentuar que, si los

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.

-Depresión postparto:

Puede ocurrir en cualquier momento tras el parto, ya sea días, semanas, meses o hasta un año después, y puede afectar en cualquier tipo de parto. Para poder intervenir, el primer paso es su detección, sobre todo en sus comienzos, cuando se detecten síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicósomáticas, cansancio, dolores o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo. A continuación, es necesario derivar a la madre con un especialista (psicólogo, terapeuta o psiquiatra) para que sea evaluada y reciba el tratamiento adecuado, buscando el apoyo multidisciplinario y una atención integral.

El tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica: terapia (individual o de grupo) y/o medicación. En aquellos casos en los que la depresión sea moderada a grave, lo ideal es combinar ambas⁶.

La psicoterapia, interpersonal o con enfoque cognitivo-conductual, debe estar basada en:

- Educación e información a la madre, pareja y familia sobre la depresión posparto.
- Control, descenso y eliminación de los síntomas.
- El nuevo papel como madre, las dificultades, miedos y angustias que puede generar esta nueva situación.
- Uso de habilidades para proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo, así como el de la pareja.
- Promover el buen funcionamiento familiar, sobre todo si existen otros hijos en la familia.
- Aminorción de las situaciones estresantes.
- Búsqueda y fortalecimiento de las redes de apoyo.

Respecto al tratamiento psiquiátrico los medicamentos más usados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para combatir los síntomas depresivos.

Por otra parte, se tiende a utilizar benzodicepinas para tratar la ansiedad y el insomnio. Si la paciente tiene una historia previa de depresión posparto, lo más recomendable es iniciar la medicación inmediatamente tras el parto, para prevenir una posible recaída. Existe una gran controversia sobre el uso de medicamentos cuando la mujer está amamantando. Por lo que es importante informar a la mujer y a su pareja sobre los

datos más recientes acerca de la lactancia y el uso de psicofármacos.

De esta forma, al estar asesorados por todo el equipo interdisciplinario que los rodea, podrán tomar la decisión más adecuada, ya sea de continuar amamantando o dejar de hacerlo, y en este último caso, la forma más apropiada para llevarlo a cabo. Independientemente de la intervención que se elija, para que la recuperación sea realmente exitosa se requiere el apoyo y la comprensión de la pareja, los familiares y amigos.

-Psicosis postparto:

Se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, y se presenta en 1 a 2 de cada 1,000 partos, siendo más común en primípara⁶. Las manifestaciones suelen iniciarse bruscamente entre el tercer y noveno día después del parto, pudiendo iniciarse incluso hasta el sexto mes.

Las mujeres con antecedentes psicóticos previos presentan un riesgo del 35% de desarrollar PPP (psicosis postparto). Además, si esta psicosis se dio en el primer nacimiento y postparto, el siguiente nacimiento tiene un 50-60% de posibilidades de recurrencia, con una posible recaída con episodios maníacos o depresivos⁶.

Respecto a los factores de riesgo para la PPP tenemos que destacar: antecedentes de un trastorno afectivo (bipolaridad), PPP previa, haber padecido esquizofrenia o complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o después. El cuadro sintomatológico suele iniciarse como incapacidad para descansar o insomnio, irritabilidad, ansiedad e inestabilidad del estado de ánimo. Además, puede presentar signos de confusión, preocupación excesiva o rechazo a la comida.

Podemos encontrar dos fases en el proceso de PPP:

- Fase inicial: duración de una semana, generalmente
- Fase aguda: aparecen los delirios y alucinaciones, entre otros síntomas graves.

Respecto al tratamiento, al comienzo es necesario el uso de fármacos, como antipsicóticos y estabilizadores del ánimo y benzodicepinas (para agitación y ansiedad), y se recomienda la hospitalización.

Tras exponer qué es la depresión perinatal o postparto, sus factores de riesgos, cuadro clínico y los tipos que se pueden dar según su gravedad, es importante hablar sobre las consecuencias que puede tener la depresión postparto.

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

Estas consecuencias pueden afectar tanto a la madre, como al hijo o al ambiente familiar. Entre ellas podemos encontrar una implicación en el desarrollo del recién nacido, como en la relación entre madre e hijo, ya que al estar deprimida y sentirse autodeficiente, tiende a interactuar menos con sus hijos.

A su vez, estos hijos acaban siendo menos reactivos, evitan la mirada y presentan menos destrezas cuando están con la madre. Incluso se ha identificado un peor rendimiento durante la escolarización de estos niños⁷.

Para evitar esta situación y llegar a desarrollarse estas consecuencias es necesario detectar los factores de riesgo durante el embarazo y ayudar a prevenirlos para evitar que la madre desarrolle una depresión postparto.

Para detectar la Depresión postparto y realizar un buen diagnóstico, los instrumentos más aconsejados son la Entrevista Clínica Estructurada, la Escala de Depresión Posparto, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, el Cuestionario de Depresión de Beck II y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente. Aunque la más usada y eficaz es la Escala de Edimburgo (EPDS) por su rapidez y facilidad.

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo consiste en 10 preguntas relacionadas con disforia, ansiedad, sentimientos de culpa, ideas suicidas y concentración. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta a las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

A las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación mayor de 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente ya que se trata sobre intento de autolisis.

La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento. Se recomienda usarlo para el screening de las madres en la primera visita postparto (calidad fuerte) y a las seis semanas (calidad débil)^{8,9}.

El BDI (el cuestionario de depresión de Beck) se usa como escala genérica para detectar sintomatología depresiva y el EPDS como escala específica después del parto.

El BDI es el instrumento auto aplicado más utilizado en la evaluación de la depresión en todo el mundo¹⁰. Consta de 21 ítems diferenciados en dos factores:

- 1) Subescala afectiva (pesimismo, errores del pasado, sentimientos de culpa y de castigo, el no gustarse uno mismo, la autocrítica, los pensamientos suicidas y la inutilidad).
- 2) Subescala somática (tristeza, pérdida de placer, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, alteración de los patrones de sueño, irritabilidad, alteración del apetito, dificultad en concentrarse, cansancio y/o fatiga y pérdida de interés sexual).

Tiene como objetivo identificar y medir la gravedad de los síntomas de la depresión en adolescentes a partir de 17 años y adultos. Se califica sumando los puntos en cada uno de los ítems y clasificando la suma total de la siguiente manera:

- De 0 a 9 puntos: depresión mínima.
- De 10 a 16 puntos: depresión leve.
- De 17 a 29 puntos: depresión moderada.
- De 30 a 63 puntos: depresión severa.

A partir de los resultados obtenidos a través de las distintas escalas para la evaluación, en caso de que la madre padezca de depresión posparto se toman diversas medidas según la severidad del caso.

Si presenta síntomas leves, normalmente, son referidas al departamento de urgencias en donde se le asigna una consulta psiquiátrica para una mayor evaluación. Mientras que, si se trata de un caso severo, se recurre a la hospitalización del paciente para así disminuir el riesgo de suicidio.

El tratamiento para la depresión posparto con frecuencia incluye medicamentos, terapia o ambos. La lactancia influirá en la decisión de los medicamentos con los que tratar a la paciente. Es posible que la paciente sea remitida a un especialista en salud mental. La terapia conductual cognitiva (TCC) y la terapia interpersonal (TIP) son tipos de psicoterapia que a menudo ayudan para la depresión después del parto.

Los grupos de apoyo pueden ser muy útiles, pero no deben reemplazar a los medicamentos o la psicoterapia.

Tener un buen apoyo social de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión posparto.

Respecto al papel de enfermería y sus cuidados, el personal de Enfermería debe de detectar y valorar los factores de riesgo y la aparición de síntomas y signos de

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

depresión y complicaciones psiquiátricas. Observar el estado de ánimo, la interacción con la pareja, la familia y con los visitantes, es decir, su entorno y apoyo social.

El personal de enfermería puede tomar medidas preventivas para evitar o minimizar los trastornos depresivos, cuando se evidencia desde el inicio que la madre puede sufrir una depresión puerperal.

Los problemas psiquiátricos durante el puerperio aparecen cuando la mujer está de alta y, en este caso, la valoración y los cuidados dependen de los servicios de la atención primaria y domiciliaria.

Por lo que Enfermería puede actuar de manera preventiva realizando cuidados como:

- Brindar apoyo para enfrentar la nueva situación a su llegada al hogar.
- Seguimiento domiciliario tras el parto.
- Informar a la madre de los factores de riesgo que el equipo de salud ha podido detectar.
- Informar a la madre y a la pareja sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días después del parto.
- Informar a la madre y a la pareja los síntomas de una psicosis o neurosis puerperal.

A su vez, también debe actuar enfocando sus cuidados en madres ya diagnósticas de depresión posparto a través de:

- Brindar apoyo emocional.
- Estimular la capacidad de enfrentarse a la situación y disminuir la depresión.
- Orientar cómo obtener ayuda para las labores domésticas y cuidados del recién nacido, que permita a la madre dormir adecuadamente.
- Enseñar técnicas de relajación.
- Las madres que sufren antecedentes o complicaciones psiquiátricas más intensas requieren del médico de la familia y de especialistas para ayudar y asesorar en salud mental y terapia con antidepresivos y tranquilizantes.
- Cuando la depresión no se controla con medicamentos o el comportamiento de la mujer es extremo, la hospitalización puede ser necesaria.

Justificación

Debido a la importancia y al alto porcentaje de mujeres que presentan o han presentado depresión posparto

vemos necesario dar a conocer esta enfermedad todavía muy poco reconocida. En la actualidad, la depresión posparto es una gran desconocida por parte de la población e incluso se tiende a restarle importancia en la mayoría de las ocasiones.

Creemos que esto es debido al papel que le otorga la sociedad a la mujer. Desde los inicios la mujer ha vivido con la carga de la crianza y el cuidado de los niños, de sobrellevar las complicaciones del embarazo y del parto como un “proceso natural”.

Todo esto y más conlleva a que la mujer sienta que tiene que asumir el papel de madre perfecta, generando una situación de estrés y descontento que, sumado a la situación familiar, antecedentes y el nivel socioeconómico, puede derivar a una depresión posparto.

La depresión posparto conlleva un conjunto de consecuencias negativas tanto para la madre como para su familia ya que puede afectar en el correcto desarrollo de los hijos y deteriorar las relaciones.

En casos graves, este trastorno del estado de ánimo en el puerperio puede desencadenar una enfermedad grave como es la psicosis posparto, pudiendo haber riesgo de infanticidio o suicidio.

Respecto a su epidemiología, su prevalencia a nivel mundial se encuentra entre el 10 y 20% según el estudio. En Estados Unidos 11,7 % a 20,4 % de las mujeres, América del Sur (20,7 %), Europa (6,1 a 16,8 %) y África (13,2 %) ¹¹. En España la prevalencia oscila entre un 6 y un 8% ¹².

Por todos estos datos estadísticos la depresión posparto constituye un importante problema de salud pública a nivel global y nacional.

Es por ello que enfermería tiene un papel muy importante en el análisis y detección de los factores de riesgos para poder intervenir lo antes posible, mejorando así el estado de salud de la madre y, en consecuencia, el bienestar de los hijos y familiares.

Esto, junto a las cuestiones expuestas anteriormente son la razón por la que hemos elegido el tema de la depresión post parto para la realización del Trabajo fin de Grado, ya que es un tema poco conocido por la sociedad y necesita darse a conocer para avanzar junto a ella.

Objetivos

- Objetivo General:

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

- Analizar los distintos factores de riesgos que influyen en la aparición de la Depresión Postparto en las madres.
- **Objetivos Específicos:**
 - Dar a conocer la DPP y los instrumentos para su detección temprana en la consulta de enfermería.
 - Determinar las posibles actuaciones por parte de enfermería ante un diagnóstico de DPP.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática. La estrategia a seguir en la búsqueda de información se ha enfocado en una revisión bibliográfica sistemática en relación a la depresión postparto, factores de riesgos de la DPP y su prevención. Se realizó una búsqueda a través de las siguientes fuentes de información:

- Bases de datos científicas
 - PubMed
 - Scielo

Los criterios de inclusión y exclusión para la elección de los artículos se basaron en:

- Los artículos publicados hace más de 10 años fueron excluidos.
- Fueron seleccionados los publicados desde 2012 hasta la actualidad.
- Los artículos en los que se precisa inscripción de pago fueron excluidos.
- Fueron seleccionados aquellos estudios con el texto completo gratis.
- Fueron incluidos los artículos en inglés y español.
- Los artículos en otros idiomas fueron excluidos.
- En algunos casos se aplicaron otros filtros como: artículos solo de la especie humana, artículos citables y artículos relacionados con las Ciencias de la Salud.

Para la búsqueda se definieron las palabras claves a través de descriptores de ciencias de la salud, DeCS. Se han utilizado las siguientes palabras claves en español: Depresión postparto, enfermería, etiología y epidemiología; y en inglés: Depression, Postpartum, Nursing ,Epidemiology y Etiology.

Además, la búsqueda se ha realizado con la ayuda de operadores booleanos como “AND”, para reducir y

especificar la búsqueda en artículos que contengan todos los términos.

Para alcanzar los artículos finales se ha realizado una valoración crítica de los artículos mediante la herramienta de valoración CASPe para ensayos clínicos y revisiones sistemáticas.

En una primera búsqueda en PUBMED se introdujeron las palabras claves “Depression, postpartum” AND “Nursing” obteniendo 250 resultados iniciales. Tras aplicar los filtros indicados anteriormente se redujeron a 10 resultados. De éstos, 3 artículos fueron seleccionados para ser evaluados y tras una lectura crítica se excluyó 1 artículo, seleccionando 2 artículos finalmente.

En una segunda búsqueda también en PUBMED se utilizaron como palabras claves “Depression,postpartum” AND “Epidemiology” obteniendo 2443 resultados iniciales . Una vez aplicados los filtros, los resultados fueron reducidos a 630. Tras una lectura previa se eligieron para evaluar 3, de los cuales 2 de excluyeron tras realizar una lectura crítica, siendo solo un artículo seleccionado.

En una tercera búsqueda en PUBMED, se introdujeron las palabras claves “Depression, postpartum” AND “Etiology”, dando un resultado de 947 artículos. Se aplicaron los filtros correspondientes, obteniendo 225 resultados. De estos, 16 artículos fueron elegidos por interés para ser evaluados, de los cuales solo 8 fueron seleccionados tras realizar una lectura crítica.

Finalmente, se realizó una cuarta búsqueda en SCIELO utilizando como palabras claves “Depresión posparto”. Obtuve 53 resultados, los cuales se redujeron a 21 tras aplicar los filtros. 4 artículos fueron elegidos de interés, pero 3 de ellos se excluyeron tras la lectura crítica, seleccionando finalmente solo un artículo.

Resultados

En total, se obtuvo 3693 resultados, los cuales quedaron en 886 una vez aplicados los filtros. Tras seleccionar los artículos de interés, se eligieron 26 artículos. Finalmente, después de hacer una lectura crítica, el número total de artículos seleccionados para realizar esta revisión bibliográfica sistemática fue 12, como puede verse a continuación:

Palabras clave	("Depression, Postpartum"[Mesh])	("Depression, Postpartum"[Mesh])	("Depression, Postpartum"[Mesh])	Depresión Posparto
-----------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	--------------------

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

	AND ("Depression, Postpartum/nursing" [Mesh])	AND ("Depression, Postpartum/epidemiology" [Mesh])	AND ("Depression, Postpartum/etiology" [Mesh])	
Resultados iniciales	250	2.443	947	53
Resultados filtrados	10	630	225	21
Artículos a evaluar	3	3	16	4
Artículos excluidos tras la lectura crítica	1	2	8	3
Artículos seleccionados	2	1	8	1
Artículos en Total	12			

Discusión

Se observa que la mayoría de los artículos seleccionados coinciden en que los factores de riesgos para padecer depresión posparto más importantes guardan relación con una situación previa de depresión o afectación de la salud mental y con la falta de apoyo social, recursos económicos o nivel bajo de educación.

Además, otras situaciones que puede afectar en el desarrollo de una depresión posparto pueden ser una mala experiencia en el embarazo y parto actual o anteriores, la situación geográfica (si se encuentra en un país desarrollado o en desarrollo), si se trata de un embarazo deseado o no deseado o la falta de sueño tras el parto.

Respecto a la afectación de la falta de sueño en el desarrollo de una depresión posparto, Okun et al.¹³ indican que las mujeres con mala calidad del sueño a los 6 meses del posparto tuvieron puntajes de PHQ9 (depresión) ($\beta = .191, p = .036$), puntajes de OASIS (ansiedad) ($\beta = .233, p = .012$) y EPDS (depresión y ansiedad posparto) ($\beta = .369, p < .001$) posparto significativamente más altos después del ajuste para todas las covariables.

Sin embargo, el estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, la medición de la calidad del sueño fue medida solo una vez y se conoce que el sueño es cambiante y empeora durante el periodo posparto, por lo que no es muy determinante el resultado obtenido en ese periodo crítico. Otra limitación sería que no se tuvieron en cuenta las siestas diurnas, y estas pudieron modificar el sueño nocturno, alterando los resultados.

Sobre la relación entre el tipo de parto de la madre y el desarrollo de depresión posparto, algunos autores indican un aumento de la DPP en casos como partos prematuros, cesáreas de urgencias o partos complicados con uso de instrumental como ventosas^{14,15}.

Guintivano, Manuck y Meltzer-Brody¹⁵ exponen que en una revisión sistemática se encontró tasas de DPP de hasta el 40 % entre las mujeres que dieron a luz antes de término, y que esta relación es bidireccional ya que una depresión o ansiedad antes del embarazo aumentan los riesgos de un parto prematuro y por lo tanto de una depresión posparto.

Eckerdal et al.¹⁵ plantean la importancia de los antecedentes psicosociales o miedo al parto informado en el desarrollo de DPP, ya que en estos casos las madres prefieren una cesárea electiva, obteniendo una experiencia de parto positiva y no asociándose con un aumento de la depresión posparto. En cambio, las madres sin antecedentes ni miedo informado que planearon un parto vaginal y hubo complicaciones por cesárea de emergencias o uso de ventosas, presentan una experiencia de parto negativa que aumenta la probabilidad de DPP en las 6 semanas posteriores al parto. Eso también viene relacionado con las complicaciones perinatales y el tiempo de recuperación.

Además del tipo de parto, es necesario tener en cuenta las lesiones perineales durante el parto. En el estudio realizado por Dunn et al.¹⁶, un segundo grado o más grave de laceración se asoció con síntomas depresivos posparto. Sin embargo, presenta limitaciones porque la documentación de la lesión y/o su grado no siempre constaba en el expediente de las mujeres seleccionadas. Además, los datos que describen el tipo específico de laceración (p. ej., labial, vaginal) o si hubo otra lesión del tracto genital (p. ej., laceración cervical) no se extrajeron de la historia clínica. Este estudio también está limitado por el tamaño de muestra relativamente pequeño y la diversidad de muestra limitada.

Un factor de riesgo que se asocia a la DPP es el embarazo no deseado. El estudio de Brito et al.¹⁸ muestra que el embarazo no deseado mostró asociación

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

con síntomas depresivos pospartos posteriores. Estos síntomas se evaluaron en promedio ocho meses después del parto, lo que puede haber subestimado la prevalencia. Esto es debido a que la mayoría de los síntomas desaparecen dentro de los primeros seis meses del puerperio. Además, la investigación se realizó en etapas avanzadas (tercer trimestre) y posiblemente los sentimientos de las madres cambiaron a medida que avanzaba la gestación.

En cambio, la investigación de Abbasi et al.¹⁸ no asoció de forma independiente el embarazo no deseado con la depresión posparto, aunque la DPP fue más probable entre las mujeres con embarazo no deseado. Esto probablemente se deba al hecho de que las características que se asociaron con tasas más altas de embarazos no deseados (edad más joven, raza no blanca, soltería, ansiedad o depresión antes del embarazo) también se asociaron con la DPP. Una limitación de este estudio es la incapacidad de controlar la depresión previa al embarazo como un posible factor de confusión.

Como hemos mencionado antes, la historia psiquiátrica previa es un factor de riesgo muy importante a tener en cuenta en el desarrollo de la DPP. El artículo 9 señala que los antecedentes de depresión prenatal se asocian con un aumento de tres y cuatro veces mayor en la depresión posparto a los seis meses después. La ansiedad prenatal durante el primer trimestre del embarazo no predice la depresión posparto, pero es significativa durante la última fase del embarazo.

A su vez, hay investigadores^{14,18} que también afirman que la depresión perinatal u otros antecedentes psiquiátricos son un predictor muy fuerte de la DPP y aumenta las probabilidades 4 veces más.

Por otra parte, hay autores^{3,19} que destacan la relación entre país desarrollado o en desarrollo con la depresión posparto. En el estudio de Wang et al.³, se observaron tasas de prevalencia variadas en regiones geográficas, con la tasa más alta en el sur de África (39,96%). De interés fue una tasa significativamente más baja de PPD en países desarrollados o países o áreas de altos ingresos.

Norhayati et al.¹⁹ recalcan que la prevalencia de la depresión posparto varía del 1,9 % al 82,1 % en los países desarrollados y del 5,2 % al 74,0 % en los países en desarrollo utilizando un cuestionario de autoinforme. La prevalencia mediante entrevistas clínicas es más baja, oscilando entre el 0,1 % en Finlandia y el 26,3% en la India.

Tras la detección de estos factores de riesgos, la mayoría de los estudios indican que es necesario una intervención de enfermería y la realización del

Cuestionario sobre Depresión Posnatal Edimburgo (EPDS), como el estudio de Ceriani Cernadas²⁰, el cual dice que es necesario realizar un cribado sistemático de los síntomas durante el embarazo y, sobre todo, durante las primeras semanas después del parto, en particular en las mujeres con factores de riesgo. Y este cribado se haría a través del EPDS.

Es por esto que el personal de Enfermería debe conocer la enfermedad, detectarla y saber actuar frente a ella. En la investigación de Félix et al.²¹, el análisis demostró que las enfermeras no tienen un concepto claro de la enfermedad, pero fueron capaces de identificar los factores relacionados con la enfermedad. Los profesionales achacan esto a una formación académica deficiente que prioriza las patologías, las técnicas asépticas y la conducta protocolada en la atención primaria.

El artículo de Goodman, Guarino y Prager²² apoya la evidencia preliminar de la intervención de Psicoterapia diádica perinatal (PDP) impartida por enfermeras en la reducción de la depresión materna, mejorando la sintomatología depresiva, ansiedad y autoestima en mujeres posparto. La naturaleza longitudinal del estudio y la recopilación sistemática de puntajes de depresión en distintos momentos aportan información importante sobre la variabilidad de los puntajes de EPDS. Esto plantea preguntas importantes con respecto a la precisión de la detección de DPP en un único momento y sugiere la necesidad de múltiples evaluaciones para ser más efectivos.

Por otro lado, Horowitz et al.²³ aboga por la intervención de la orientación conductual centrada en las relaciones de Comunicación y relaciones efectivas (CARE), pero finalmente esta intervención solo se apoyó parcialmente, ya que tuvieron una mejora significativa, pero es posible que el modelado natural no intencional de las enfermeras durante la recopilación de datos con el grupo de control influyera en los resultados. Los resultados sugieren que las visitas domiciliarias dirigidas por enfermeras tuvieron un efecto positivo en los resultados de todos los participantes.

Conclusión

1. La depresión posparto en las mujeres es un problema que afecta tanto a nivel nacional como mundial debido a que su prevalencia es elevada y presenta una serie de consecuencias importantes, tanto para la madre como para los hijos y familia.
2. Es muy importante el papel de enfermería a la hora de conocer y detectar los factores de riesgos que

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

pueden desarrollar un trastorno del estado de ánimo durante el puerperio.

3. Es necesario formar al personal sanitario a cerca de la revisión del historial psiquiátrico de los pacientes, ya que un trastorno previo al embarazo puede agravar la situación.
4. El instrumento más recomendado es el Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) ya que es fácil de realizar por enfermería y es muy útil para detectar DPP.
5. Tras un diagnóstico de depresión posparto, se ha visto que la intervención de profesionales sanitarios a través de terapias psicosociales y conductuales puede ayudar a las madres a sentirse mejor y disminuir el desarrollo de la DPP.

Bibliografía

1. Gómea Ayala AE. Depresión en el embarazo y el posparto. *Offarm*. 2007;26(1):44–53. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-el-embarazo-el-posparto-13097330> [Consultado 04-01-2022]
2. Manual MSD versión para público general. Rahway (NJ): Merck. Moldenhauer JS. Introducción al puerperio (período posparto). Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/el-puerperio-per%C3%ADodo-posparto/introducci%C3%B3n-al-puerperio-per%C3%ADodo-posparto> [Consultado 03-01-2022]
3. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, ..., Yang BX. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):640. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1>
4. Manual MSD versión para público general. Rahway (NJ): Merck. Moldenhauer JS. Ginecología y obstetricia. Depresión posparto. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto?query=depresi%C3%B3n%20posparto>
5. Urbanová E, Škodová Z, Bašková M. The association between birth satisfaction and the risk of postpartum depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
6. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol Reprod Hum*. 2013;27(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
7. Rodríguez-Muñoz MF, Olivares ME, Izquierdo N, Soto C, Huynh-Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*. 2016;27(3):97–9. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
8. Acuña Alvarado A, Ramírez Zumbado E, Azofeifa Zumbado MF. Depresión posparto Postpartum depression. *Rev Médica Sinergia*. 2021;6(9):e712. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i9.712>
9. Morillas Salazar RM, López Carmona P, Iglesias Moya J. Depresión posparto: detección, prevención y manejo. *Paraninfo Digital*. 2015;22:111d. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/111.php> [Consultado 07-01-2022]
10. Maroto Navarro G, García Calvente MM, Fernández Parra A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5(2):305–18. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-146.pdf [Consultado 09-01-2022]
11. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2014;74(4):229–43. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lang=es
12. Marcos-Nájera R, Rodríguez-Muñoz MF, Izquierdo-Méndez N, Olivares-Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*. 2017;28(2):49–52. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
13. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of behavioral medicine*. 2018;41(5):703–10. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>
14. Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S. Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):591–603. <https://doi.org/10.1097%2FGRF.0000000000000368>
15. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(3):301–11. <https://doi.org/10.1111/aogs.13275>
16. Dunn AB, Paul S, Ware LZ, Corwin EJ. Perineal Injury During Childbirth Increases Risk of Postpartum Depressive Symptoms and Inflammatory Markers. *J Midwifery Womens*

Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Depresión posparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería. Revisión bibliográfica

- Health. 2015;60(4):428–36.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12294>
17. Brito CNO, Alves SV, Ludermir AB, Araújo TVB. Postpartum depression among women with unintended pregnancy. *Revista de saude publica*. 2015;49. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005257>
 18. Abbasi S, Chuang CH, Dagher R, Zhu J, Kjerulff K. Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. *Journal of Womens Health*. 2013;22(5):412-6. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3926>
 19. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective disorders*. 2015;175:34–52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>
 20. Ceriani Cernadas JM. Postpartum depression: Risks and early detection. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(3):154–5. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.154>
 21. Félix TA, Nogueira Ferreira AG, Ávila-Siqueira D, Ximenes Neto FRG, Vieira do Nascimento K, Muniz Mira QL. Actuación de enfermería frente a la depresión posparto en las consultas de puericultura. *Enf Global*. 2013;12(1):404-19. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/151801> [Consultado 10-01-2022]
 22. Goodman JH, Guarino AJ, Prager JE. Perinatal dyadic psychotherapy: design, implementation, and acceptability. *J Fam Nurs*. 2013;19(3):295–323. <https://doi.org/10.1177/1074840713484822>
 23. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(3):287–300. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>