

# **DEPRESIÓN PERINATAL MATERNA**

## **Visibilización y relevancia de su abordaje**

### **Autora:**

Elisa Martín González

### **Tutores:**

Pablo García Medina

María Concepción Cristina Ramos Pérez

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Facultad de Psicología y Logopedia

Universidad de La Laguna

Curso Académico 2019-2020

## **Resumen**

El embarazo es un periodo que produce cambios a nivel biológico, psicológico y social en las mujeres, generando en la mayoría de los casos, comportamientos, sentimientos y pensamientos que pueden asemejarse con la sintomatología de la depresión. Esta alteración puede derivarse en depresión perinatal materna, siendo específica por el periodo en el que se desarrolla. Su alta prevalencia en España, pero su escasez de investigación, visibilización y programas, produce que muchas madres vivan en silencio esta realidad, siendo necesaria la elaboración de intervenciones eficaces que reduzcan las consecuencias en la madre, su bebé y entorno.

**Palabras Clave:** depresión perinatal materna, embarazo, madre, bebé, entorno.

## **Abstract**

Pregnancy is a period that produces biological, psychological and social changes in women, and in most cases generates behaviors, feelings and thoughts that may resemble the symptoms of depression. This alteration in their quality of life can result in maternal perinatal depression, being specific to the period in which it develops. Its high prevalence in Spain, but its scarcity of research, visibility and programs causes many mothers to live this reality in silence, being necessary to develop effective interventions to reduce the consequences on the mother, her baby and environment.

**Keywords:** maternal perinatal depression, pregnancy, mother, baby, environment.

## Índice

<b>1. Introducción</b> .....	4
<b>2. Conceptualización</b> .....	5
<b>2.1. Definición de términos</b>	
<b>2.2. Sintomatología y criterios diagnósticos</b>	
<b>2.3. Tipos de Depresión Perinatal</b>	
<b>2.4. Epidemiología de la Depresión Perinatal en España</b>	
<b>2.5. Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial</b>	
<b>3. Factores protectores y de riesgo</b> .....	12
<b>4. Consecuencias biopsicosociales en la madre, su bebé y entorno</b> .....	13
<b>5. Plan de intervención</b> .....	15
<b>5.1. Evaluación</b>	
<b>5.2. Tratamiento</b>	
<b>6. Conclusiones</b> .....	21
<b>7. Discusión</b> .....	22
<b>8. Referencias</b> .....	24
<b>9. Anexos</b> .....	35

## **1. Introducción**

El objetivo de este trabajo se centra en conocer qué es la depresión perinatal materna, visibilizar la importancia de su abordaje y permitir reflexionar al lector sobre su relevancia en investigar y/o desarrollar protocolos que mejoren su sintomatología (Rodríguez-Muñoz et al., 2016), buscando reducir las graves consecuencias en la madre, su bebé y entorno.

A esto se debe su consideración como urgencia en el bienestar materno, pues solo en nuestro país entre el 10 y 22% de mujeres embarazadas la presentan (Rodríguez-Muñoz et al., 2017b), y aunque a pesar de no disponer de datos sobre depresión perinatal en Canarias es probable que existan índices muy similares a los generales, teniendo en cuenta que 1 de cada 4 mujeres desarrolla un trastorno mental en la perinatalidad siendo la depresión, la más frecuente (Vesga-López et al., 2008). De esta manera, constituye un importante desafío para la sociedad, precisándose de estudios e instrumentos adecuados que aseguren que no pasa desapercibida (Marcos-Nájera et al., 2017).

A pesar de que inicialmente los estudios se centraron en el posparto, las últimas investigaciones ponen cada vez mayor énfasis en todo el proceso (Marcos-Nájera, 2019), por conocer que la depresión antes o durante el embarazo antecede a la depresión posparto (Field, 2011; Lancaster et al., 2010; Leigh y Milgrom, 2008; Milgrom et al., 2008; O'Hara, 2009) viéndose la consideración de este periodo en la 5ª edición del DSM al incorporarse como especificador en: trastorno depresivo “con inicio en el periparto” (APA, 2014).

Es, por tanto, una obligación para el profesional de la Psicología formarse en el campo de la perinatalidad por ser uno de los periodos de mayor vulnerabilidad de la mujer. A su vez, nace la necesidad de crear políticas sanitarias españolas que velen por el bienestar mental y emocional de las mujeres embarazadas y sus familiares en todo este proceso, ya que, por ejemplo, en Canarias solo se atiende a la depresión posparto (Servicio Canario de la Salud, 2020). Es la respuesta a esta cuestión, lo que ayudará a desarrollar planes de intervención eficaces que eliminen o atenúen las posibles consecuencias psicosociales de la depresión perinatal materna.

En suma, para conseguirlo es necesario explorar, además de su sintomatología, los factores de riesgo y vulnerabilidad, considerando imprescindible de manera paralela normalizar este fenómeno psicológico a través de su abordaje en la comunidad (Osma et

al., 2017), permitiendo concienciación social y necesitando integrar diferentes disciplinas de la salud que colaboren tanto en la protección y cuidado de la mujer como de sus familias durante toda la etapa perinatal (WHO y WONCA, 2008). De modo que su visibilización facilite el acceso a información adecuada, donde las madres junto a sus familiares puedan acudir a un sistema de salud en el que se les atienda cuidadosamente, evitando sufrir en silencio (Marcos-Nájera, 2019), ya que su poca visibilidad y transparencia hace que el 20% de las muertes que se producen en el embarazo sea por suicidio materno (García-Esteve, 2017).

Para ello se abordará brevemente la conceptualización de la depresión perinatal materna, los factores de riesgo y las consecuencias que el profesional de la psicología debe tener en cuenta a la hora de realizar la evaluación y tratamiento. Así, dicho trabajo propone un plan de intervención generalizado para mujeres embarazadas españolas y su familia, sirviendo como una posible guía para psicólogos/as que trabajen de manera multidisciplinar en este campo.

## **2. Conceptualización**

### **2.1. Definición de términos**

Antes de abordar la depresión perinatal debemos tener en cuenta qué entendemos por depresión y por perinatalidad.

Se define la depresión como un trastorno caracterizado por presentar un “ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo”, presentando variaciones en función de su duración, presentación temporal y “etiología” (APA, 2014). Su sintomatología se caracteriza por cambios bruscos de ánimo, anhedonia, elevada autocrítica (WHO, 2008) y se considera como uno de los trastornos mentales más frecuentes en nuestra sociedad, afectando a más de 300 millones de personas (WHO, 2020). Asimismo, su proporción es mayor en mujeres entre los 25 y 45 años, coincidiendo con su periodo fértil y reproductivo (Burguera, 2018), mostrándose en esta etapa un mayor riesgo a padecerla (Gavin et al., 2005).

A su vez, entendemos por perinatalidad el periodo comprendido desde la gestación al parto, dividiéndose en dos etapas claramente delimitadas, la prenatal o antenatal y el posparto (Marcos-Nájera, 2019).

Se estima que cada año nacen 400.000 bebés de madres que han sufrido depresión durante o después del embarazo (O'Keefe, 2010). Sin embargo, a pesar de su conocimiento, las cifras siguen aumentando, y aunque su sintomatología se asemeja con la depresión de cualquier periodo del desarrollo, la importancia en su detección precoz es mayor por los efectos negativos que se producen en la madre, su bebé y su familia (Bennet et al., 2004), dónde las graves consecuencias personales, familiares y sociales, reflejan la importancia para buscar soluciones adecuadas (Kessler, 2012).

La consideración de la maternidad desde una visión idealizada ha enmascarado los cambios que se producen durante el embarazo, que, junto al estrés derivado de éste, el parto y la posterior crianza del bebé, hacen a las mujeres especialmente sensibles (Bennet et al., 2004; Dekker et al., 2007; O'Keane y Marsh, 2007). Se evidencia que esta etapa supone un periodo de vulnerabilidad por alteraciones psicológicas, emocionales, sociales, físicas y hormonales (Dekker et al., 2007). Estas últimas, originadas por variaciones bioquímicas en su cuerpo y cerebro que dan lugar a fluctuaciones en su estado de ánimo (Domínguez, 2015).

Nos referimos, por tanto, con depresión perinatal a la que sucede en el periodo específico desde el inicio del embarazo al primer año tras el nacimiento (Marcos-Nájera et al., 2017). Es una depresión que por su gravedad abarca el trastorno depresivo mayor y la depresión breve, con consecuencias devastadoras (Gavin et al., 2005). Estas sensaciones de tristeza o frustración, y experiencias poco agradables pueden alterar la idealización de la maternidad, desembocando en inestabilidad emocional (Marcos-Nájera, 2019) que lleva a las madres a identificarse a sí mismas como “malas madres” o a sentirse poco capaces de afrontar la nueva situación, percibiéndolo como un estigma peor que el “estar deprimidas” (Bilszta et al., 2010). Esta circunstancia hace que muchas mujeres no pidan ayuda (Marcus y Heringhausen, 2009), pudiendo originar los primeros síntomas depresivos que dificultarán el desarrollo adecuado de la maternidad, siendo importante su atención teniendo en cuenta las diferencias individuales.

Cabe destacar que la depresión perinatal también abarca la depresión perinatal paterna, siendo una realidad común que afecta desde el 2 al 25% de los padres (American

Academy of Pediatrics, AAP, 2018), quienes presentan la misma sintomatología que las mujeres gestantes, y que se refleja a continuación.

## 2.2. Sintomatología y criterios diagnósticos

Los síntomas de la depresión perinatal se asemejan al cuadro depresivo, siendo los más característicos la excesiva irritabilidad, bajo estado de ánimo, labilidad emocional, ansiedad (Olhaberry et al., 2013), falta de interés en el vínculo con el bebé, trastornos en el apetito, sentimientos de tristeza, culpabilidad o desesperanza.

Esta sintomatología puede iniciarse en cualquier momento de la perinatalidad, derivando en casos más graves, en pensamientos destructivos de la madre hacia ella misma o hacia su bebé (Marcos-Nájera et al., 2017). En la Tabla 1 se refleja la sintomatología de la depresión perinatal consensuada por diferentes profesionales de la salud para su detección precoz.

**Tabla 1.** *Sintomatología Depresión Perinatal consensuada por diversos profesionales*

<b>Sintomatología de la Depresión Perinatal</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sentimientos de tristeza persistente, vacío, desesperanza</li><li>▪ Ganas de llorar y llanto frecuente, incluso por pequeñas cosas</li><li>▪ Nerviosismo, excesiva irritabilidad o falta de control</li><li>▪ Cambios bruscos del estado de ánimo, labilidad emocional</li><li>▪ Abatimiento, desmotivación y desgana</li><li>▪ Preocupación excesiva, sensación de ansiedad o pánico</li><li>▪ Pérdida de interés en el cuidado de sí mismo/a y/o del bebé, en actividades agradables, y/o en el vínculo con el bebé (apego)</li><li>▪ Desajustes del sueño: insomnio o hipersomnio</li><li>▪ Desajustes en los hábitos alimenticios: comer en exceso o perder interés por la comida</li><li>▪ Cambios en el apetito y/o peso</li><li>▪ Dificultad para concentrarse o recordar cosas</li><li>▪ Dificultad para tomar decisiones</li><li>▪ Duda sobre su capacidad personal para ser “buena madre” o “buen padre”</li><li>▪ Aislamiento social y/o familiar</li><li>▪ Sentimientos de que nunca debería ser madre o padre</li><li>▪ Pensamientos perturbadores que no logra apartar de su mente, incluso de hacerse daño a sí misma/o o hacerle daño al bebé (suicidio o infanticidio)</li></ul>

*Elaboración propia extraída de Marcos-Nájera, 2019; Olhaberry et al., 2013; Rafferty et al., 2019; WHO, 2014.*

Los sistemas de clasificación más utilizados y consensuados por profesionales de la salud mental, actualmente el CIE-11 y DSM-5, no mencionan la depresión perinatal como trastorno específico.

En referencia al CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades-undécima edición; WHO, 2019) aparece como un código genérico en la categoría “*trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio*”. Dentro de ésta, hay tres clasificaciones: sin síntomas psicóticos, donde se incluye la depresión posparto sin contemplar la perinatal; con síntomas psicóticos y sin especificación. Además, se establecen los criterios de gravedad del episodio depresivo.

De acuerdo con el DSM-5, aunque reconoce que la depresión puede iniciarse en el embarazo, se incluye solo como un especificador del trastorno depresivo mayor “*trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto*” (APA, 2014). Según este sistema de clasificación las madres deben presentar los criterios del trastorno depresivo mayor para ser diagnosticadas como depresión perinatal. Asimismo, la gravedad de los episodios se realiza a partir del número, tipo e intensidad de los síntomas y del grado de deterioro funcional de la depresión mayor.

En cuanto a los tipos de depresión perinatal, no se define en función de la gravedad, ya que éstos solo representan el periodo en el que se ha desarrollado la depresión, tal y como se refleja en el siguiente apartado. En caso de que se manifieste la sintomatología antes de la gestación, se considera como trastorno depresivo propio del DSM-5 o CIE-11.

### **2.3. Tipos de Depresión Perinatal**

La depresión perinatal abarca dos periodos simultáneos que dan lugar, a su vez, a dos tipologías. Por un lado, la depresión prenatal o antenatal, y por otro, la posparto.

La primera incluye los meses de embarazo hasta el parto y se divide a su vez en tres trimestres; en cambio, la segunda, se extiende desde el parto hasta el primer año de vida del bebé. En cuanto a la depresión prenatal suele asociarse con la ansiedad, y junto a la posparto son trastornos temporales (Vigod, Wilson y Howard, 2016).

Las primeras investigaciones que abordaron la depresión materna se centraron exclusivamente en la depresión posparto, en la que identificaron tres tipos de trastornos del estado de ánimo: la tristeza posparto o melancolía materna, la depresión posparto y la psicosis puerperal o posparto, ordenados en función de su gravedad (Medina-Serdán, 2013).



En primer lugar, la Tristeza Posparto frecuentemente denominada Melancolía Posparto, “Baby Blues” o “Maternity Blues”, abarca los 10 primeros días tras el parto considerándose transitoria y a veces, no necesita tratamiento. Esta sensación es habitual en madres que se sienten más alteradas de lo normal y muestran ganas de llorar sin motivo aparente, pudiendo experimentar insomnio, desconcentración o estado de ánimo disfórico que las hace vulnerables e irritables (Marcos-Nájera, 2019), estimándose que la sufren entre el 50 y 85% de las madres tras el parto (McKelvey y Espelin, 2018).

En segundo lugar, la Depresión Posparto, puede iniciarse en cualquier momento después del parto (Stewart y Vigod, 2016). El periodo más vulnerable es en la 4ª semana después del parto antes de volver a iniciarse la menstruación, viéndose afectadas por sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperación, y dificultades para realizar tareas diarias (Marcos-Nájera, 2019). Si las madres no reciben tratamiento, puede desarrollarse depresión crónica (McKelvey y Espelin, 2018).

Y, por último, la Psicosis Posparto de mayor gravedad. Las madres pierden la noción de la realidad, afectadas, a veces, por pensamiento desorganizado o episodios de delirio y alucinaciones que aumentan el riesgo de suicidio o infanticidio, siendo un trastorno de urgencia psiquiátrica (Medina-Serdán, 2013) que requiere hospitalización (Fonseca, 2018)

Desde hace varios años se ha estudiado la depresión perinatal paterna y aunque es inferior a la materna, se estima que un 10% de padres la padece en el posparto en correlación con la materna (Fisher, 2017). Puede estar reforzada por acontecimientos vitales estresantes familiares (Zelkowitz y Milet, 2001) y cuando ambos progenitores la presentan se observan efectos aún más negativos en el bebé (Maldonado-Durán y Lecannelier, 2008), sin embargo, cuando el padre interactúa activamente con su hijo/a tiene un efecto protector frente a la depresión materna (Mezulis, Hyde y Clark, 2004).

Aunque la proporción es inferior a la que manifiestan las madres, su abordaje en ambos progenitores es igual de importante. Su prevalencia en España ha ido aumentando en estos últimos años, y por ello, es importante elaborar programas preventivos que disminuyan la probabilidad de manifestar sintomatología depresiva.

## 2.4. Epidemiología de la Depresión Perinatal en España

La investigación en depresión perinatal materna es escasa a nivel global, pero más aún en España. Su abordaje empezó a estudiarse a finales del siglo XX y principios del XXI, centrándose en la depresión posparto (Marcos-Nájera, 2019), pero tras verse que el antecedente más predictivo de la depresión posparto era sufrir depresión antes o durante el embarazo (Field, 2011), se comenzó a investigar la depresión perinatal en su conjunto, priorizando el carácter preventivo. Pasándose del trastorno depresivo de inicio en el posparto del DSM-4-TR (APA, 2002) a considerarlo en la 5ª edición como trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto (APA, 2014).

Sin embargo, a pesar de su conocimiento, su prevalencia va en aumento. En los primeros estudios oscilaba entre el 8.3-12.7% (Grote et al., 2010) y el 10,3% (Escribè-Agüir et al., 2008), elevándose en la actualidad a 14.8% (Rodríguez-Muñoz et al., 2017c), y alcanzando entre el 10-22% (Rodríguez-Muñoz et al., 2017b).

Asimismo, se encuentran variaciones en la prevalencia según la pertenencia a: zonas rurales o urbanas, posibilidades y características socioculturales (Boury, Larkin y Krummel, 2004), bajos ingresos (Woody et al., 2017), minorías étnicas (Price y Handrick, 2009; Silverstein et al., 2017). Viéndose como la depresión posparto en países desarrollados y zonas urbanas su prevalencia es mayor (Pereira et al., 2011), presentándose valores superiores en poblaciones de alto riesgo como son adolescentes o inmigrantes (García-Esteve et al., 2014).

Aunque la detección de depresión perinatal no es universal, las tasas de prevalencia son similares entre países, encontrándose en 11.9% en un estudio global (Woody et al., 2017) o entre 15-20% en EEUU (Rafferty et al., 2019).

Sin embargo, en España aún queda mucho por investigar. Concretamente, en las Islas Canarias, no existen datos de su prevalencia, pues no se han elaborado estudios sobre depresión perinatal, ya que incluso, en los últimos Programas de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva del Gobierno de Canarias solo se menciona la depresión posparto (P.A.S.A.R, Servicio Canario de la Salud, 2020).

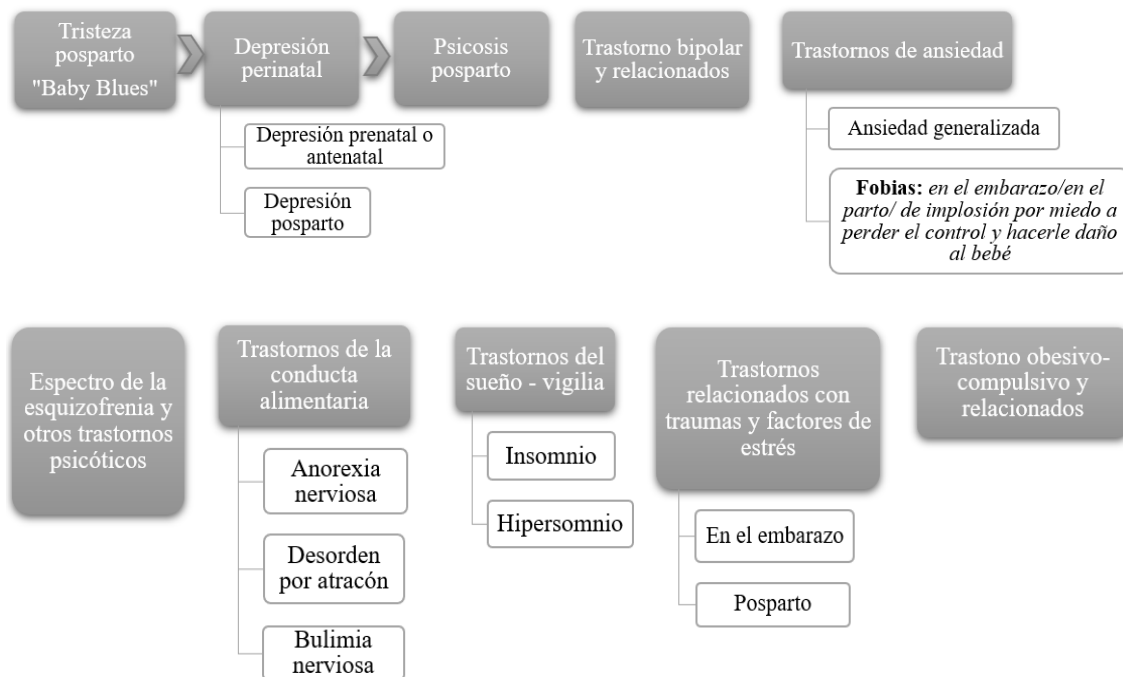
Además, a la hora de investigar, se deberá conocer qué tipos de trastornos son comórbidos con la depresión perinatal y qué síntomas pueden ser comunes, lo que ayudará a realizar diagnósticos diferenciales mucho más precisos y fiables.

## 2.5. Comorbilidad y Diagnóstico Diferencial

Aunque en el embarazo, la depresión perinatal es el trastorno más frecuente, no es el único que puede provocar efectos negativos (Romero, 2020) sobre la madre, el bebé y su entorno, pudiendo aparecer otros trastornos, tal y como se presentan en la Figura 1.

La depresión y ansiedad son los más habituales en esta etapa (Marcos-Nájera, 2019), sugiriendo, incluso, que la ansiedad perinatal antecede a la depresión, siendo un predictor de ésta última (Robertson et al., 2004). La presencia de ansiedad multiplica por 3 el riesgo de depresión, pudiendo mantenerla y/o agravarla (Mohamad et al., 2015), existiendo mayor riesgo cuando la relación de pareja es inestable (Diaz et al., 2013).

**Figura 1.** Trastornos en el Embarazo más frecuentes



Elaboración propia en base a APA-5 (2014); Marcos-Nájera (2019); Rafferty et al., 2019

Elaborar un diagnóstico diferencial o comórbido es difícil, al no poseer de un diagnóstico específico para la depresión perinatal y por su semejanza con la sintomatología de la depresión mayor. En cambio, en investigación se enfatiza la asociación de síntomas entre depresión y embarazo como: la fatiga y problemas de sueño (Sidebottom et al., 2012), y se distingue cuando no presentan: aumento de apetito, dormir demasiado, sentirse con energía o agitación (Yonkers et al., 2009). Asimismo, la ansiedad es considerada la principal comorbilidad con la depresión (Howard et al., 2014).

Sin embargo, para realizar su diagnóstico diferencial se debe descartar cualquier cuadro sintomatológico de otro tipo de episodios depresivos, utilizándose los criterios diferenciales del trastorno depresivo mayor en el caso del DSM-5 o del episodio depresivo del CIE-11.

A su vez, la detección y el conocimiento de los factores de riesgo tanto en la madre como en su entorno son de vital importancia en el diagnóstico. Permitirán, por un lado, elaborar planes de intervención preventivos que permitan la reducción de casos de depresión perinatal, y por otro, ayudarán a elaborar instrumentos de cribado mucho más precisos y eficaces (Field, 2017), al conocer qué factores provocan o aumentan la probabilidad de desarrollar depresión perinatal.

### 3. Factores protectores y de riesgo

La vulnerabilidad en el embarazo refleja cómo diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales hacen a las mujeres más susceptibles de sufrir depresión, tal y como puede verse en la Tabla 2. El instrumento más utilizado para evaluar los factores de riesgo y detección de depresión materna perinatal es el PDPI-R.

**Tabla 2.** Factores de Riesgo de la Depresión Perinatal

Riesgos biológicos y/o antecedentes sanitarios	Riesgos psicosociales
Factores genéticos Factores neurohormonales Estado de salud enfermizo Antecedentes personales de salud mental Historia de depresión y/o ansiedad Antecedentes familiares de depresión u otros trastornos Hábitos poco saludables Tabaquismo o uso de sustancias Cambios físicos corporales (embarazo) Antecedentes ginecológicos y obstétricos Complicaciones perinatales durante el parto o lactancia Experiencia traumática del parto Sistemas sanitarios ineficaces Complicaciones en la salud del bebé	Historia de separación o divorcio Mala relación de pareja Eventos vitales estresantes Estilo de pensamiento y modo de afrontamiento poco adaptativo Actitudes perfeccionistas, autocrítica excesiva o baja autoestima Estrés y preocupaciones Historia de abusos en la infancia o violencia doméstica Embarazo no planificado o no deseado Padres y madres jóvenes (< 30 años) o con edades avanzadas Tener hijos anteriores Estereotipos, expectativas socioculturales y roles sociales Minimización de la gravedad de síntomas Falta de apoyo social (emocional o instrumental) de su pareja, familia o amigos, o, percepción de apoyo ineficaz o insuficiente Problemas socioeconómicos Dificultades de integración social Problemas de conciliación familiar-laboral Nivel educativo bajo

*Elaboración propia extraída de Lancaster et al., 2010; Marcos-Nájera, 2019; Rafferty et al., 2019 y Robertson, et al., 2004.*

Además de los factores de riesgo señalados, experimentar sentimientos contradictorios hacia un mismo pensamiento, situación u objeto-persona, conocido como ambivalencia afectiva, aumenta 5 veces más la probabilidad de presentar sintomatología depresiva en el período prenatal, mayor severidad y nivel de inadaptación, así como menor percepción de calidad de vida, apoyo social o ajuste en la pareja, con respecto a las madres gestantes que presentan menor ambivalencia afectiva (Osma et al., 2017).

La reducción de todos estos factores de riesgo evita consecuencias más graves, facilita el diseño de tratamientos específicos (Le et al., 2015), disminuye la probabilidad de depresión posparto, favorece la estabilidad emocional e induce experiencias familiares más positivas, desarrollándose un apego seguro y relaciones adecuadas con el bebé (Dubber et al., 2015).

Además, una adecuada autoestima, usar estrategias para un embarazo saludable, reducir el estrés, relaciones conyugales y/o familiares positivas y redes de apoyo social (Marcos-Nájera, 2019), hábitos saludables, ejercicio físico o actividades aeróbicas, buen hábito de sueño y alimentación (Field, 2017), son otros de los factores protectores de la depresión perinatal.

Junto a la presencia de apoyo social/familiar y compromiso, rasgos de personalidad adaptativos como el optimismo disposicional o la autoeficacia materna, recursos personales y establecimiento positivo del vínculo maternofilial (Afonso, 2018), favorecen paralelamente, mayor adherencia al tratamiento terapéutico o a la búsqueda temprana de ayuda.

Por lo que, si estos factores protectores no se fomentan y los de riesgo no se detectan de manera preventiva, intentando reducirlos, llevarán a consecuencias irreversibles.

#### **4. Consecuencias biopsicosociales en la madre, su bebé y entorno**

De manera general, las consecuencias de la depresión perinatal en la madre lleva consigo el inadecuado control del propio embarazo, tabaquismo, mayor abuso de alcohol y drogas, disminución del apetito y peso, problemas en el sueño, ansiedad comórbida y asociada a la depresión, inapetencia, abatimiento y desmotivación, empeoramiento de la propia depresión, afectación del vínculo maternofilial, o en su forma más grave el suicidio (Navarro y Lizartza, 2007) o infanticidio (Kendig et al., 2017), diferenciándose del

filicidio por darse en el primer año de vida (California Task Force on the Status of Maternal Mental Health Care, 2017).

Se ha observado como las madres deprimidas perciben a sus bebés negativamente, considerando su incapacidad para criarles (Jadresic, 2014), desatendiéndoles aún más. Estas consecuencias provocan desajustes en el núcleo familiar pudiendo aumentar la probabilidad de depresión en la pareja, abandono de los estudios, u aislamiento que deriva en disminución de apoyo psicosocial o de su percepción, así como violencia en la relación de pareja (Mendoza y Saldivia, 2015).

A su vez, mencionan que la psicopatología materna predice alrededor de un 69,4% de problemas de apego inseguro, específicamente los síntomas ansioso-depresivo (Quezada y Santelices, 2010). La mayoría de las consecuencias de la depresión materna en el bebé a nivel psicológico y social, tienen su origen en el apego, llevando a largo plazo a que los recién nacidos generen representaciones negativas de sí mismos y de los otros, siendo más vulnerables a problemas psicopatológicos (Bowlby, 1980).

Es por ello por lo que se considera que la depresión perinatal puede provocar consecuencias en el bebé al modificar el vínculo maternofilial, interfiriendo con un cuidado físico y emocional adecuado al presentar dificultades para comunicarse y reconocer expresiones o sentimientos (Raikes y Thompson, 2006), detectándose patrones de comportamiento común, como ser menos activas, competentes y responsivas (Teti et al., 1995).

A nivel biológico, la depresión perinatal materna provoca cambios en el sistema nervioso, inmunológico y endocrino del bebé (Burguera, 2018) pudiendo alterar el desarrollo del cerebro fetal, desregular el crecimiento y función del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, aumentando el riesgo de presentar alta reactividad al estrés y a las emociones (Junge et al., 2016; Waters et al., 2014), crecimiento retardado, llanto excesivo, sueño errático, irritabilidad y a medio-largo plazo, dificultades emocionales y comportamentales (Fishell, 2010), que pueden haber sido provocadas por la transmisión a través de la placenta de altos niveles de cortisol de las madres hacia sus bebés (Junge et al., 2016).

Asimismo, una de las consecuencias más graves es el uso de medicación antidepresiva materna durante el embarazo asociándose a un incremento en el riesgo de parto prematuro, bajo peso, menor longitud y perímetro cefálico del bebé (Chang et al., 2014; Ibáñez et al., 2015).

Ante los problemas asociados de la depresión perinatal es necesaria una evaluación minuciosa en madres que presentan sintomatología depresiva. El profesional de la psicología debe llevar a cabo un procedimiento evaluativo cuidadoso que logre un diagnóstico fiable y válido, permitiendo elaborar un tratamiento que se adecúe a las necesidades individuales de las mujeres gestantes, su bebé y familia, tal y como se muestra en el siguiente apartado.

## **5. Plan de intervención**

### **5.1. Evaluación**

En la actualidad, el abordaje de la depresión perinatal se realiza en los centros de atención primaria u hospitales a través de profesionales de la salud. Normalmente se lleva a cabo por médicos y/o enfermeros/as, los cuáles realizan un cribado en sus consultas cuando detectan algún síntoma de depresión o cuando conocen el historial personal y/o clínico que pueda anteceder a la depresión perinatal. Para ello, instituciones como la AAP (American Academy of Pediatrics) recomiendan realizar cribados adecuados para la detección de la depresión durante el embarazo y el posparto.

Sin embargo, dada la poca visibilidad y abordaje de la depresión perinatal no hay un procedimiento consensuado que pueda ser utilizado por todos los profesionales de la salud a nivel internacional.

Por tanto, el procedimiento para su detección y evaluación siempre se realiza en instituciones sanitarias, dónde el profesional hace una pequeña entrevista no estructurada cuando las pacientes acuden a sus revisiones. De este modo, si detectan factores de riesgo o sintomatología depresiva, son ellos los que posteriormente, administran diferentes instrumentos dependiendo de la institución en la que se encuentren. Teniéndose en cuenta que un instrumento contrastado y fiable permite identificar desde las primeras semanas

de gestación qué mujeres embarazadas son más susceptibles de experimentar sintomatología.

Colegios como el Americano de Obstetras y Ginecólogos-ACOG, se encargan de actualizar periódicamente los criterios diagnósticos y recomendaciones que van surgiendo desde la investigación y práctica clínica para crear programas de detección universal durante el parto (Marcos-Nájera, 2019).

Gracias a ello se han podido elaborar instrumentos validados en diferentes poblaciones con depresión perinatal. Se recomienda el uso a nivel global como herramientas de screening de la depresión en el embarazo la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) y el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Ambos pueden verse en los Anexos 1 y 2, respectivamente.

La escala EPDS (Cox et al., 1987) combina detección de depresión y ansiedad en el embarazo, pese a haber sido elaborado primeramente para depresión posparto. Se ajusta parcialmente al DSM sin incluir sus síntomas somáticos. Permite la autoevaluación en los 7 días previos, teniendo versión en español. Consta de 10 ítems con puntuación de 0-30, punto de corte no establecido, aunque generalmente es en 9-12 para madres y 10 en padres, siendo en España alrededor de 10/11. Su sensibilidad es de 80-100% y especificidad 78-97%.

El PHQ-9 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2001), es el más utilizado a nivel internacional como screening específico para la depresión perinatal, ajustándose a los criterios del DSM-5. Es un instrumento estandarizado que permite la autoevaluación. Está compuesto por 9 ítems con puntuación de 0-27, punto de corte 10 y discrimina 4 niveles de gravedad. Su sensibilidad es de 75-89% y su especificidad de 83-91%.

Además, existe la versión PHQ-2 (Kroenke, Spitzer y Williams, 2003) que tiene solo los 2 primeros ítems del PHQ-9, con puntuación de 0-6, siendo de aplicación más rápida y sencilla con punto de corte en 2. Se recomienda como cribado inicial para la administración del PHQ-9 (APA, 2011; Rodríguez-Muñoz et al., 2017a). Su sensibilidad es 85,4% y especificidad 79,5%.

Cabe destacar que el PHQ-9 ha sido validado en pacientes españolas (Diez-Quevedo et al., 2001) demostrando su eficacia en la detección de la depresión perinatal con el modelo de tres factores: cognitivo-afectivo, síntomas del embarazo y síntomas



psicomotores, permitiendo su uso como test de referencia para validar otros posibles cuestionarios (Marcos-Nájera, 2019).

Asimismo, han sido validadas otras escalas con menor consenso internacional que las anteriores que evalúan exclusivamente la depresión posparto, siendo las más conocida en los centros de atención primaria. Estos instrumentos se pueden ver en la Tabla 3.

**Tabla 3.** *Otros instrumentos para el diagnóstico de depresión posparto*

Instrumento	Abreviación	Autor/es
Postpartum Depression Screening Scale	PDSS	Beck y Gable, 2001;2002;2005
Postpartum Depression Screening Scale-Short Form	PDSS-SF	Beck y Gable, 2001;2002;2005
Postpartum Depresión Predictor Inventory-Revised	PDPI-R	Beck, 2002
Beck Depression Inventory I, II	BDI y BDI-II	Beck, 1961 y 1996
General Health Questionnaire	Escala GHQ	Goldberg, 1978
Escala Ansiedad y Depresión de Goldberg	GADS	Goldberg y Hillier, 1979
Zung Self-rating Depresión Scale	SDS	Zung, 1965
Raskin Depresión Rating Scale	RDRS	Raskin, 1969
Hamilton Depression Rating Scale	HDRS	Hamilton, 1960
Symptom Checklist-90-R	SCL-90-R	Derogatis, 1994
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	MADRS	Montgomery y Asberg, 1979
Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos	CES-D	Radloff, 1977

*Elaboración propia en base a Marcos-Nájera, 2019 y Rafferty et al., 2019*

En suma, a pesar de la inexistencia de un procedimiento general es necesario realizar una evaluación cuidadosa porque de ello dependerá que los tratamientos sean fiables, válidos y eficaces.

Asimismo, para elaborar un procedimiento de evaluación adecuado, se aconseja desde este trabajo y junto al resto de investigaciones que se han ido elaborando en los últimos años, realizar una entrevista para recoger información sociodemográfica tanto de la madre como de su unidad familiar, pudiendo considerarse desde su pareja a familiares cercanos, amigos/as o compañeros/as que tengan contacto directo con la mujer gestante. Se deberá indagar en su historial clínico y/o personal, sobre antecedentes o factores de protección y riesgo que puedan estar enmascarando o provocando la sintomatología depresiva, utilizándose para este último el PDPI-R-versión española (Rodríguez-Muñoz et al., 2017c).

Se recomienda que, una vez extraída la información pertinente, se indague en signos y síntomas, a modo de realizar un cribado específico con instrumentos de evaluación que

detecten de una manera más precisa si dicha paciente presenta sintomatología propia de la depresión perinatal. Para ello, se podrá utilizar el PHQ-2 como primer instrumento por su sencillez y rápida administración, y si fuera necesario, el PHQ-9 (Rodríguez-Muñoz et al., 2017a), dejándolo a elección del profesional en función de las necesidades de la paciente.

Cuando tras detectar la sintomatología, no se interviene inmediatamente, ésta puede agravarse. Por ello, se precisa no solo de tratamientos específicos para cada paciente, sino de una manera más general, intervenciones preventivas que posibiliten la atención y el cuidado de las madres gestantes y su entorno, teniendo en cuenta sus necesidades, ya que el factor que más predice la eficacia del tratamiento es el considerar las diferencias y demandas familiares, viéndose como afecta y predice depresión posparto paterna (Boath, Pryce y Cox, 1998).

## **5.2. Tratamiento**

Los tratamientos que se llevan a cabo con otras depresiones no solo son ineficaces para abordar la depresión perinatal por la especificidad de la circunstancia, sino que prima el psicofarmacológico, cuestión que puede causar aún mayores consecuencias que las propias de la depresión perinatal. El riesgo de considerarlo como primera opción se debe principalmente a que todos los fármacos atraviesan la placenta o circulan por la leche materna por lo que, el profesional sanitario debe valorar individualmente los riesgos y beneficios (Howard et al., 2014) para la madre y su bebé, siendo importante informar a la paciente de los riesgos durante el embarazo y/o lactancia (Navarro y Lizartza, 2007). El tratamiento farmacológico se divide principalmente en dos grandes bloques: antidepresivos y ansiolíticos, en los antidepresivos tricíclicos los más utilizados son la fluoxetina y sertralina (Jadresic, 2014).

En los Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud, concretamente, no se contempla, ni, por tanto, se detecta ni interviene, sobre la depresión perinatal. En Canarias, el tratamiento psicológico que se lleva a cabo por los profesionales de la salud son los siguientes (Servicio Canario de la Salud, 2020): en las madres con depresión posparto leve a moderada sugieren psicoterapia interpersonal o cognitivo-conductual pudiéndose utilizar el uso de antidepresivos si la terapia no resulta efectiva, y cuando la

depresión es grave su tratamiento son los antidepresivos como primera línea de tratamiento, siendo el psicológico un tratamiento complementario.

Asimismo, si las madres llevan a cabo la lactancia, el tratamiento es con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ISRS, o de serotonina y noradrenalina, IRSN. Otra alternativa son los antidepresivos atípicos y los tricíclicos (Servicio Canario de la Salud, 2020).

Sin embargo, la opción de tratamiento más eficaz y saludable a nivel físico y mental es el psicológico. Este tipo de tratamientos se puede clasificar en función de las terapias psicológicas o las técnicas que se utilizan, así como la división entre terapias de intervención centradas en el problema o en prevención. A su vez, las intervenciones psicológicas están focalizadas en reducir la sintomatología de la depresión y/o favorecer un vínculo maternofilial positivo desde el embarazo (Olhaberry et al., 2013).

Pese a la gravedad y prevalencia de la depresión perinatal en España apenas se han desarrollado programas preventivos (Marcos-Nájera et al., 2017). Tampoco se posee suficiente investigación para realizar una correcta detección y seguimiento de la salud perinatal (Ayerza y Harraiz, 2015) ni los profesionales conocen qué intervenciones son más eficaces (O'Hara et al., 2015).

Es por ello por lo que, a continuación, se ofrece un posible plan de intervención para ser implementado por profesionales de la psicología. Se trata de una elaboración propia tras la revisión de la literatura plasmada en este estudio, con el objetivo de proporcionar un posible protocolo de actuación en las Islas Canarias.

El plan de intervención propuesto está basado en la Terapia Cognitivo-Conductual, TCC, y la Terapia Interpersonal, TIP, haciendo uso, además, de la Psicoeducación por la incorporación de la familia en la intervención. Estos tipos de terapia psicológica, según la investigación actual, son las más eficaces, y la unión de estas se realiza con el objetivo de implicar los distintos contextos de la mujer gestante, para permitir su generalización y, por tanto, la búsqueda de la máxima eficacia.

El objetivo primario planteado es reducir la sintomatología de la depresión perinatal, seguido de los secundarios:

1. Visibilizar la depresión perinatal y reducir la idealización del embarazo favoreciendo la reflexión.

2. Fomentar positivamente el vínculo mamá-bebé o papá-bebé, las redes de apoyo, autocuidado y autoeficacia.
3. Enseñar estrategias de afrontamiento, reducción de estrés y resolución de conflictos.

Dicha intervención se realizará de forma paralela con los servicios sanitarios a los que acude la madre, trabajándose multidisciplinariamente para procurar un seguimiento minucioso del embarazo, por lo que permitirá a su vez el desarrollo del tratamiento en gabinetes psicológicos.

Además de la atención recibida individualmente, las madres y padres acudirán a sesiones grupales de 1 hora y media, una vez por semana durante 3 meses. La selección de los grupos se llevará a cabo en función del periodo de gestación en el que se encuentran las madres y de la gravedad de dicha depresión, permitiendo una mayor adaptación e identificación con el grupo.

En las sesiones grupales se trabajará con metodología experiencial y terapia psicoeducativa que promueva la reflexión y creación de redes de apoyo útiles, favoreciendo la comunicación con otras realidades y el reconocimiento de los cambios que se producen de manera natural en el embarazo. De esta manera se utilizarán dichas sesiones para abordar qué es la depresión perinatal de manera general, visibilizar su importancia y cómo afrontarla; adaptándonos al nivel educativo de cada paciente, sin caer en lo puramente magistral.

Asimismo, tanto de manera grupal como individual se buscará mejorar el vínculo materno-paternofamiliar, a través del reconocimiento de las demandas físicas y emocionales de los bebés tanto en el embarazo como después del parto. De esta manera se reforzará la autoeficacia del progenitor y su responsabilidad educativa, enseñándoles técnicas de crianza para promover el desarrollo adecuado del bebé, dando pautas de afrontamiento y resolución de conflictos ante determinadas situaciones para que puedan generalizarlo al resto de contextos sociales.

A su vez, la TCC y la TIP promueven la reducción de sintomatología. La primera a través del reconocimiento de pensamientos y/o comportamientos distorsionados para su modificación; y la segunda, centrándose en eventos vitales estresantes actuales para saber gestionarlos, así como en las relaciones interpersonales para identificar fuentes de apoyo social y familiar más allá de los que puedan aportar el grupo terapéutico.

Para favorecer la adherencia al tratamiento se debe crear un clima de seguridad en las sesiones, de modo que las madres y padres se sientan cómodos, y vean el acudir a terapia como un modo de mejorar sin culpabilizarse por lo que están viviendo. Asimismo, se tratará de motivarles para que se impliquen en las sesiones, logrando que compartan sus vivencias y que consigan aquellos objetivos que persiguen, siendo el/la psicólogo/a una parte esencial de su proceso, viéndose como una persona más de su red de apoyo.

En suma, un enfoque integral de intervención materna incluye apoyo y cuidado antes, durante y después del embarazo (Kingston, Tough y Whitfield, 2012), promoviendo la autoeficacia de los progenitores para proteger y atender correctamente a su bebé (Alhusen, Hayat y Gross, 2013), teniendo más en cuenta aspectos emocionales (Gómez-Sánchez et al., 2020). Simultáneamente, el estudio sobre la vulnerabilidad de la mujer en el periodo de embarazo hace que se comience a tener en consideración el bienestar emocional de toda la unidad familiar (Marcos-Nájera, 2019) por lo que se precisan de intervenciones familiares adaptadas a cada realidad como en el plan de intervención planteado.

## **6. Conclusiones**

La alta prevalencia de depresión perinatal en España hace necesario su abordaje, de manera que todas las madres y padres puedan acceder a sistemas sanitarios donde se prime tanto su salud física como mental, tras la incorporación en programas adecuados a sus necesidades.

Las consecuencias que se derivan de la depresión perinatal y la falta de un procedimiento generalizado de cómo intervenir sobre ella, ha hecho que en este estudio se presente una propuesta que trata de integrar en un mismo programa lo que se está haciendo a nivel clínico y de investigación en la actualidad tanto en España como en el resto de países.

Por este motivo, tras revisar la literatura existente, se han señalado qué factores de riesgo hacen más vulnerables a las mujeres, ya que, junto al reconocimiento temprano de signos y síntomas, permitirán considerar sus diferencias individuales para crear programas eficaces que atenúen los efectos negativos de la depresión. Evitando, a propósito, que las madres se culpabilicen por los pensamientos, comportamientos y

sentimientos negativos que perciben, haciéndoles entender que el embarazo es un periodo que demanda cambios y nuevas adaptaciones.

El plan de intervención planteado está realizado con el objetivo de que los profesionales de psicología puedan aplicarlo en un entorno multidisciplinar y colaborativo con el resto de profesionales de la salud. En él, se intenta incorporar no solo a la paciente sino también a su bebé, pareja, familia y otras personas cercanas que permitan realizar un diagnóstico lo más fiable y válido posible. Adecuando a su vez, el tratamiento a las necesidades específicas de cada caso, presentándose como elemento fundamental la terapia psicológica. Ésta última, con la integración de la TCC, TIP y Psicoeducación.

## **7. Discusión**

La conceptualización de la maternidad al igual que ocurre con la salud reproductiva de las mujeres siempre ha estado muy estereotipada. Se ha considerado como único requisito para la construcción de la identidad femenina, fomentando la presión social que acaba estigmatizando a la mujer. A su vez, la creencia idealizada de este periodo puede generar un desequilibrio emocional en las madres, sobre todo cuando su percepción no se ajusta a la creencia cultural, pudiendo aparecer, entre otros problemas, sintomatología depresiva, llevando en muchos casos a vivir la depresión en silencio.

A pesar del mayor abordaje de la depresión perinatal materna a lo largo de las últimas décadas, las tasas de prevalencia siguen en aumento. Por ello, se precisa de un mayor desarrollo en intervención e investigación, conociendo si se trata de un trastorno mental o simplemente son cambios que se derivan del embarazo, y que, con atención psicológica temprana se puede evitar su agravamiento, ya que, su pobre abordaje, ha podido llevar en muchas ocasiones, a cometer errores de sobre o infradiagnóstico.

El plan de intervención planteado hace posible su abordaje cuando la depresión perinatal materna está presente en la vida de las mujeres gestantes, pero lo más importante es elaborar programas preventivos que disminuyan el impacto de esta sintomatología, abordándola de esta manera, desde un enfoque positivista y protector.

Asimismo, se debe poner énfasis en la visibilización de la depresión perinatal en todas las comunidades españolas. Concretamente, considero de mayor importancia en Canarias

puesto que no hay datos ni investigaciones sobre esta situación, pudiendo estar afectando no solo a las madres sino a los recién nacidos y a su entorno familiar y social.

La escasa investigación al respecto puede verse incluso en el repositorio de la ULL donde solo se aborda la depresión posparto desde la enfermería. De manera general, en otras plataformas online, el mayor número de investigaciones se encuentran en el campo de la medicina en especialidades como pediatría, obstetricia y ginecología. No obstante, esta aproximación es necesaria en el área de la Psicología por tratarse de prevenir y promocionar la salud mental de las gestantes en estas etapas, así como intervenir aportando estrategias para que puedan afrontar adecuadamente los cambios biopsicosociales del embarazo. Por tanto, su importancia se encuentra no solo en la investigación e intervención a nivel multidisciplinar, sino en la relevancia del rol del psicólogo para su abordaje y formación.

## 8. Referencias

- American Academy of Pediatrics (AAP) (2018). Los papás también pueden sufrir de depresión durante y después del embarazo. *HealthyChildren.org*: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/prenatal/delivery-beyond/Paginas/dads-can-get-postpartum-depression-too.aspx>
- Afonso, M. (2018). *Factores de riesgo y de protección psicosociales durante el embarazo: una revisión sistémica* (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Granada, España.
- Alhusen, J.L., Hayat, M.J., y Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521-529. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0357-8>
- Ascaso, C., García-Esteve, L., Navarro, P., Aguado., J Ojuel, J., y Tarragona, M.J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión de Edimburgo. *Medicina Clínica*, 120(9), 326-329, [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73692-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73692-6)
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*, 1ª Ed. Barcelona: Editorial MASSON.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2011). Patient Health Questionnaire (PHQ-9 & PHQ-2). *Public Interest Directorate Reports*: <https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/patient-health>
- Ayerza, A. y Herraiz, N. (2015). Indicadores de salud perinatal Diferencias de la información registrada por el INE y la de los hospitales que atienden los nacimientos. *Revista Española de Salud Pública*, 89, (1), 1-4. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100001>



- Bennet, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., y Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & gynecology*, 103(4), 698-709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Bilszta, J., Ericksen, J., Buist, A y Milgrom, J. (2010). Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 27 (3). 44-54, [https://www.researchgate.net/publication/224014832\\_Women's\\_experience\\_of\\_postnatal\\_depression\\_-\\_beliefs\\_and\\_attitudes\\_as\\_barriers\\_to\\_care](https://www.researchgate.net/publication/224014832_Women's_experience_of_postnatal_depression_-_beliefs_and_attitudes_as_barriers_to_care)
- Boath, E.H., Pryce, A.J. y Cox, J.L. (1998). Postnatal depression: The impact on the family. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 199-203. <https://doi.org/10.1080/02646839808404568>
- Boury, J.M., Larkin, K.T., & Krummel, D.A. (2004). Factors related to postpartum depressive symptoms in low-income women. *Women Health*, 39(3), 19–34, [https://doi.org/10.1300/J013v39n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J013v39n03_02)
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*: Vol. III. Loss, Sadness and Depression New York: Basic.
- Burguera, C. (2018). *Depresión materna y complicaciones biopsicosociales del niño*. (Trabajo de Fin de Grado). Universitat de les Illes Balears, España. <http://hdl.handle.net/11201/147856>
- Calderón, P. (2016). *Detección del riesgo de depresión postparto y su relación con el apoyo social percibido en un centro de atención primaria*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de La Laguna, España.
- California Task Force on the Status of Maternal Mental Health Care. (2017). *A Report from the California Task Force on the Status of Maternal Mental Health Care*, <https://www.2020mom.org/ca-task-force>
- Chang, H.Y., Keyes, K.M., Lee, K.S., Choi, I.A., Kim, S.J., Kim, K.W., Shin, Y.H., Ahn, K.M., Hong, S.J., y Shin, Y.J. (2014). Prenatal maternal depression is associated with low birth weight through shorter gestational age in term infants in Korea. *Early human development*, 90(1), 15–20, <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.11.006>

- Cox, J.L., Holden, J.M., y Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786, <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dekker, M.C., Ferdinand, R.F., van Lang, N.D., Bongers, I.L., van der Ende, J., y Verhulst, F.C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(7), 657–666. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01742.x>
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J.G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., y López, J. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 32-40, [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S131671382013000200006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131671382013000200006&lng=es&tlng=es)
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., y Spitzer, R.L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Domínguez, N. (2015). *Descripción de factores relacionados con la depresión postparto en el municipio Villa de Mazo*. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de La Laguna, España, <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3716>
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., y Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of women's mental health*, 18(2), 187–195. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0445-4>
- Escribè-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M.C., Barona-Vilar, C y Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), 410-414, <https://doi.org/10.1136/jech.2007.063016>
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>

- Field, T. (2017). Prenatal Depression Risk Factors, Developmental Effects and Interventions: A Review. *Journal of pregnancy and child health*, 4(1), 301. <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000301>
- Fishell, A. (2010). Depression and anxiety in pregnancy. *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology*, 17(3), 363–369, <https://www.jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/513/442>
- Fisher, S.D. (2017). Paternal Mental Health: Why Is It Relevant? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(3), 200–211. <https://doi.org/10.1177/1559827616629895>
- Fonseca, C. (2018). Psicosis posparto. *Revista Médica Sinergia*, 3(8), 7-12. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134>
- García-Esteve, L. (2017). Depresión y psicosis puerperal: necesitamos dispositivos específicos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1(1), 87-88, <https://psicosomaticaypsiquiatria.com/noticias-salud-mental-perinatal-no-1/>
- García-Esteve, L., Torres, A., Imaz, M.L., Navarro, P., Acaso, C., y Gelabert, E. (2014). Maternity, Migration, and Mental Health: Comparison Between Spanish and Latina Immigrant Mothers in Postpartum Depression and Health Behaviors. En Lara-Cinisomo S., Wisner K. (eds) *Perinatal Depression among Spanish-Speaking and Latin American Women* (págs. 15-37). Springer, New York, [10.1007 / 978-1-4614-8045-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8045-7_2)
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & gynecology*, 106(5,1), 1071–1083, <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- Gelfand, D.M, Douglas, M., Teti, D., Seiner, S.A, y Jameson, P.B. (1996). Helping mothers fight depression: Evaluation of a home-based intervention program for depressed mothers and their infants. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 406-422, [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2504\\_6](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2504_6)
- Gómez-Sánchez, L., García-Banda, G., Servera, M., Verd, S., Filgueira, A., y Cardo, E. (2020). Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas. *Medicina Buenos Aires*, 80, 47-52, <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/32150713.pdf>

- Grote, N.K., Bridge, J.A., Gavin, A.R., Melville, J.L., Iyengar, S., y Katon, W.J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1012–1024, <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C.L., Rochat, T., Stein, A., y Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384(9956), 1775–1788, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Ibáñez, G., Bernard, J.Y., Rondet, C., Peyre, H., Forhan, A., Kaminski, M., Saurel-Cubizolles, M.J., y EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2015). Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study. *PloSone*, 10(8), e0135849, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135849>
- Jadresic, E.M. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Medicina Clínica Condes*, 25(6), 1019-1028, [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T.B., y Eberhard-Gran, M. (2017). The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. *Maternal and Child Health*, 21(3), 607-615. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2146-2>
- Kendig, S., Keats, J.P., Hoffman, M.C., Kay, L.B., Miller, E.S., Moore, T.A., Frieder, A., Hackley, B., Indman, P., Raines, C., Semenuk, K., Wisner, K.L., y Lemieux, L.A. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 46(2), 272–281. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.01.001>
- Kessler, R.C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric clinics of North America*, 35(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>
- Kingston, D., Tough, S., y Whitfield, H. (2012). Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683-714. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0291-4>

- Kroenke, K., Spitzer, R.L., y Williams, J.B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., y Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., y Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Lasheras, G., Echevarría, I., Farré-Sender, B., Gelabert, E., Roca. A y Serrano-Drozdowsky, E. (2017). Resúmenes de ponencias y comunicaciones de la VI Jornada de Salud Mental Perinatal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1(1), 81-100, <https://psicosomaticaypsiquiatria.com/noticias-salud-mental-perinatal-no-1/>
- Lasheras, G., Farré, B., y Serra, B. (2014). Detección in situ de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo maternofilial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiátrica de enlace*, 109, 22-31.
- Le, H.N., Perry, D.F., Mendelson, T., Tandon, S.D., y Muñoz, R.F. (2015). Preventing Perinatal Depression in High Risk Women: Moving the Mothers and Babies Course from Clinical Trials to Community Implementation. *Maternal and child health journal*, 19(10), 2102–2110. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1729-7>
- Leigh, B., y Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>
- Maldonado-Durán, M. y Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 22(2), 145-154. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082f.pdf>
- Marcos-Nájera, R. (2019) *Depresión perinatal* (Tesis Doctoral). Escuela Internacional de Doctorado UNED, España.

- Marcos-Nájera, R., Le, H.N., Rodríguez-Muñoz, M.F., Olivares, M.E., y Izquierdo, N. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery*, 62, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M.F., Izquierdo, N., Olivares, M.E., y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- Marcus, S.M., y Heringhausen, J.E. (2009). Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Primary Care*, 36(1), 151–156 <https://doi.org/10.1016/j.pop.2008.10.011>
- McKelvey, M.M, y Espelin, J. (2018) Postpartum depression: Beyond the “baby blues”. *Nursing Made Incredibly Easy!*, 16(3), 28-35, [10.1097 / 01.NME.0000531872.48283.ab](https://doi.org/10.1097/01.NME.0000531872.48283.ab)
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193, <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44712>
- Mendoza, C., y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile*, 143(7), 887-894, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010>
- Mezulis, A.H., Hyde, J.S., y Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of family psychology*, 18(4), 575–588. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.4.575>
- Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., y Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1-2), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Mohamad, A.S., Tang, L., Binns, C.W., y Lee, A.H. (2015). Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: a cohort study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 28(1), 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.11.002>

- Navarro, M., y Lizartza, O. (2007). Depresión y Embarazo. En M Lure., A Murgiondo y P Apestegui (Eds.). Sesiones Clínicas de Ginecología-MIR2007(págs.73-80). Unidad de Comunicación del Hospital Donostia. [https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-a3gripe/es/pub\\_otras.html](https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones/web01-a3gripe/es/pub_otras.html)
- O'Hara, M.W, Dennis, C-L., McCabe, J.E. y Galbally, M. (2015). Evidence-based treatments and pathways to care. En J. Milgrom, y A. W. Gemmill (Eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management* (pp. 177-192). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- O'Hara M.W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1258–1269. <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>
- O'Keane, V., y Marsh, M.S. (2007). Depression during pregnancy. *BMJ*, 334(7601), 1003–1005. <https://doi.org/10.1136/bmj.39189.662581.55>
- O'Keefe, L. (2010). *Pediatrician's role*. Each year, 400,000 infants are born to depressed mothers. How you can help. *American Academy of Pediatrics News*, 31(11), 29. <https://doi.org/10.1542/aapnews.20103111-29>
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, P., Farkas, C., Rojas G., y Martinez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistémica. *Terapia Psicológica*, 31(2), 249-261. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200011>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *10 datos sobre la lactancia materna*, <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
- Osma, J., Andreu, L., Suso, C., y Crespo, E. (2017). Proyecto Mamáfeliz: ambivalencia afectiva durante el embarazo. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1(1), 89-90, <https://psicosomaticaypsiquiatria.com/noticias-salud-mental-perinatal-no-1/>
- Pereira, P., Lovisi, G., Lima, L., Legay, L., Santos, J., Santos, S., Thiengo, D., y Valencia, E. (2011). Depression During Pregnancy: Review of Epidemiological and Clinical Aspects in Developed and Developing Countries. En *Trends and Developments*, 267-290, <https://doi.org/10.5772/25741>

- Price, S.K., y Handrick, S.L. (2009). A Culturally Relevant and Responsive Approach to Screening for Perinatal Depression. *Research on Social Work Practice, 19*(5), 705–714. <https://doi.org/10.1177/1049731508329401>
- Quezada, V y Santelices, M.P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología, 42*(1), 53-61, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80515880005>
- Raikes, A. y Thompson, R. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *The British Journal of Developmental Psychology, 24*(1), 89-104, <https://doi.org/10.1348/026151005X70427>
- Rafferty, J., Mattson, G., Earls, M.F., Yogman, M.W., y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (2019). Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics, 143*(1), e20183260. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3260>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., y Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry, 26*(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Castelao, P.C., Olivares, M.E., Soto, C., Izquierdo, N., Ferrer, F.J., y Le, H.N. (2017a). PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Revista española de salud pública, 91*, 1-8, <https://recyt.fecyt.es/index.php/RESP/article/view/74766>
- Rodríguez-Muñoz, M., Le, H.N., Soto, C., Olivares, M.E., y Izquierdo, N. (2017b). Proyecto mamás y bebés-España. Un estudio piloto para prevenir la depresión posparto. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 1*(1), 89, <https://psicosomaticaypsiquiatria.com/noticias-salud-mental-perinatal-no-1/>
- Rodríguez-Muñoz, M., Le, H.N., Vargas, I., Olivares, M.E, y Izquierdo, N. (2017c). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology, 215*, 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.009>



- Rodríguez-Muñoz, M.F., Olivares, M.E., Izquierdo, N., Soto, C. y Le, H.N. (2016). Prevención de la depresión Perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
- Romero, B. (2020). *Estrés perinatal desde la concepción hasta el año de vida* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.
- Servicio Canario de la Salud (2020). Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.): Atención de la madre y el recién nacido/a durante el puerperio. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8986c064-f6a1-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>
- Sidebottom, A., Harrison, P., Godecker, A., y Kim, H. (2012). Validation of the Patient Health Questionnaire PHQ-9 for prenatal depression screening. *Archives of Women's Mental Health* 15(5), 367-374, [10.1007/s00737-012-0295-x](https://doi.org/10.1007/s00737-012-0295-x)
- Silverstein, M., Diaz-Linhart, Y., Cabral, H., Beardslee, W., Hegel, M., Haile, W., Sandler, J., Patts, G., y Feinberg, E. (2017). Efficacy of a Maternal Depression Prevention Strategy in Head Start: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74(8), 781–789. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1001>
- Stewart, D.E., y Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177–2186. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D. y Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: And examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 364-376, <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.3.364>
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F., y Hasin, D.S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), 805–815. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
- Vigod, S., Wilson, C., y Howard, L. (2016). Depression in pregnancy. *BMJ, Clinical Review*, 352, e1547. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1547>
- Waters, C.S., Hay, D.F., Simmonds, J.R., y van Goozen, S.H. (2014). Antenatal depression and children's developmental outcomes: Potential mechanisms and treatment options.

European *Child and Adolescent Psychiatry*, 23(10), 957–971, <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0582-3>

Woody, C.A, Ferrari, A.J, Siskind, D.J, Whiteford, H.A., y Harris, M.G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>

World Health Organization (WHO) (2020). *Depression*, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization (WHO) (2019). International Classification of Diseases 11th Revision: ICD-11 (CIE-11) for Mortality and Morbidity Statistics. Versión Online en revisión. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization (WHO) (2014). *Preventing suicide: a global imperative*, [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)

World Health Organization (WHO) (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. Ginebra: OMS. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)

World Health Organization & World Organization of Family Doctors (WHO y WONCA) (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Ginebra: OMS. [https://www.who.int/mental\\_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/)

Yonkers, K.A., Smith, M.V., Gotman, N., y Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General hospital psychiatry*, 31(4), 327–333. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.005>

Zelkowitz, P., y Milet, T.H. (2001). The Course of Postpartum Psychiatric Disorders in Women and Their Partners. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 575–582. <https://doi.org/10.1097/00005053-200109000-00002>

## 9. Anexos

**Anexo 1.** *Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS, Cox et al., 1998)*

**Cuestionario EPDS versión española.** Recuperado el 6 de julio de 2020, desde [https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale\\_sp.pdf](https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf)

# Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh

[EPDS, por sus siglas en inglés]

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post-parto; una afección alarmante más prolongada que la “Melancolía de la Maternidad” [“Blues” en inglés] (lo cual ocurre durante la primera semana después del parto) pero que es menos grave que la psicosis del puerperio. Estudios previos demostraron que la depresión de post-parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento. Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo. La EPDS se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

## Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del inglés sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La clínica de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

## Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación 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. 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.

Los usuarios pueden reproducir esta escala sin necesidad de obtener permisos adicionales siempre y cuando respeten los derechos de autor y citen los nombres de los autores, el título y la fuente del artículo en todas las copias que reproduzcan.

# Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas<br>Tanto como siempre<br>No tanto ahora<br>Mucho menos<br>No, no he podido               | 6. Las cosas me oprimen o agobian<br>Sí, la mayor parte de las veces<br>Sí, a veces<br>No, casi nunca<br>No, nada                              |
| 2. He mirado el futuro con placer<br>Tanto como siempre<br>Algo menos de lo que solía hacer<br>Definitivamente menos<br>No, nada                   | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, a veces<br>No muy a menudo<br>No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien<br>Sí, la mayoría de las veces<br>Sí, algunas veces<br>No muy a menudo<br>No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>No muy a menudo<br>No, nada                              |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo<br>No, para nada<br>Casi nada<br>Sí, a veces<br>Sí, a menudo  | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando<br>Sí, casi siempre<br>Sí, bastante a menudo<br>Sólo en ocasiones<br>No, nunca                   |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno<br>Sí, bastante<br>Sí, a veces<br>No, no mucho<br>No, nada  | 10. He pensado en hacerme daño a mí misma<br>Sí, bastante a menudo<br>A veces<br>Casi nunca<br>No, nunca                                       |

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones.

**Anexo 2.** *Patient Health Questionnaire (PHQ-9, Kroenke, Spitzer y Williams, 2001; Kroenke y Spitzer, 2002; Spitzer et al., 1999)*

**Cuestionario PHQ-9 versión española.** Recuperado el 6 de julio de 2020, desde [https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9\\_Spanish.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/PatientHealthQuestionnaire9_Spanish.pdf)

# CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING   0   +        +        +       

=Total Score:       

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

**No ha sido difícil**

**Un poco difícil**

**Muy difícil**

**Extremadamente difícil**