



Factores predisponentes a la depresión posparto

Una revisión integradora

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en
Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Mar Planelles
Imbernón en el curso académico de 2022-2023.

Bajo la tutela de Laura Andreu Pejó

25 de mayo de 2023

Agradecimientos.

En primer lugar, agradecer a mi familia; mis padres y mi hermano. Por estar junto a mí en cada etapa de estos 4 años y lo más importante, por saber cómo estar en cada momento.

Gracias a mis amigas por siempre estar pendientes y juntas en estos años.

A mi pareja, por animarme en cada momento. Cuando he estado feliz por mis resultados, y cuando ha sido al contrario, por alentarme cuando creía que no podía más.

Agradezco también a todos los profesores que han pasado por cada curso. Por siempre aumentar la motivación en asistir a las clases y por formarnos en conocimientos, pero sobre todo en habilidades para trabajar con personas.

Me siento afortunada por la oportunidad que tuve de realizar un intercambio en el curso 2021-2022. Por lo tanto, gracias a todos los profesionales de la universidad encargados e implicados en esta experiencia única.

Por último, gracias a mi tutora. Por aceptar realizar a cabo este proyecto junto a mí, por la paciencia y la implicación.

Índice

1. Introducción.....	11
1.1 Periodo perinatal: el posparto.....	11
1.2 Diferencia conceptual.....	13
1.3. Criterios diagnósticos de la Depresión Posparto.....	14
1.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedad, 11ª revisión.....	14
1.3.2 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición.....	14
1.4 Prevalencia.....	15
1.5 Consecuencias de la Depresión posparto.....	16
1.6 Tratamiento basado en la evidencia de la Depresión posparto.....	17
1.7 Estrategias de prevención de la Depresión posparto.....	19
1.7.1 Organismos nacionales e internacionales.....	19
1.7.2 Rol de enfermería en la prevención / cribado de la depresión posparto.....	20
1.8. Justificación.....	22
2.Objetivos.....	23
2.1 Objetivos secundarios.....	23
3. Metodología.....	24
3.1 Diseño.....	24
3.2 Pregunta clínica de investigación.....	24
3.3 Palabras clave y descriptores.....	25

3.4 Bases de datos y estrategia de búsqueda	26
3.4.1 Estrategia de búsqueda en Pubmed	27
3.3.2 Estrategia de búsqueda en Cochrane Plus	28
3.3.3 Estrategia de búsqueda en CINAHL	30
3.3.4 Biblioteca Virtual en Salud.	31
3.4 Criterios de selección	32
3.4.1. Criterios de inclusión	32
3.4.2 Criterios de exclusión.....	33
3.5 Evaluación de la calidad metodológica.	33
4. Resultados	35
4.1 Resultados de la búsqueda y proceso de selección.	35
4.2 Características de los estudios incluidos en la revisión.....	38
5. Discusión.....	55
5.1 Factores biológicos.....	55
5.2 Factores psicológicos	61
5.3 Otros factores de riesgo.....	63
5.4 Objetivos secundarios	70
5.4.1 Grupo de factores con mayor influencia en la depresión posparto	70
5.4.2 Factores protectores para la depresión posparto	71
6. Limitaciones	74

7. Conclusión.....	75
8. Anexos.....	77
Anexo I: Escala de depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)	77
Anexo II: Metodología CASPe para revisiones sistemáticas.....	79
Anexo III: Metodología CASPe para estudio de casos y controles.	83
Anexo IV: Metodología CASPe para estudio de cohortes.	89
Anexo V: Metodología CASPe para ensayos clínicos aleatorizados.	93
Anexo VI: Metodología STROBE empleada para estudios transversales.	96
Anexo VII: Interfase entre obesidad y DPP: impacto en la fisiopatología de ambas enfermedades.....	98
Bibliografía.....	99

Índice de figuras

Figura 1: Estrategia de búsqueda en Pubmed junto a los artículos obtenidos en cada etapa. ..	28
Figura 2: Estrategia de búsqueda en Cochrane junto a los artículos obtenidos en cada etapa. 29	
Figura 3: Estrategia de búsqueda en CINAHL junto a los artículos obtenidos en cada etapa. 30	
Figura 4: Estrategia de búsqueda en BVS junto a los artículos obtenidos en cada etapa.	32
Figura 5: Clasificación de los artículos obtenidos tras la búsqueda según la base de datos procedente.	35

Figura 6: Clasificación de los artículos obtenidos con la aplicación de filtros según la base de datos procedente.....	36
Figura 7: Clasificación de los artículos obtenidos con la aplicación de filtros manuales según la base de datos procedente.....	36
Figura 8: Clasificación de los artículos obtenidos tras una lectura completo.....	37
Figura 9: Diagrama de flujo de los artículos de la revisión.....	38
Figura 10: Clasificación de los artículos escogidos según la base de datos procedente.....	39
Figura 11: Clasificación de los artículos escogidos según tipología.....	40

Índice de Tablas

Tabla 1: Componentes pregunta PIO.....	25
Tabla 2: Palabras clave con respectivos descriptores.....	26
Tabla 3: descripción de los estudios escogidos.....	42
Tabla 4: Factores de riesgo encontrados en la literatura.....	68

Glosario de acrónimos

DPP: Depresión Posparto

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

BVS: Biblioteca Virtual de Salud.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

MeSH: Medical Subject Headings

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español

STROBE: STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology

DSM- V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

CIE 11: Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 11.

SOP: Síndrome del ovario poliquístico

CRH: Hormona liberadora de corticotropina

Resumen

Introducción: La depresión posparto es un problema prevalente en la actualidad. Consiste en un trastorno mental durante el posparto con síntomas típicos depresivos junto con otros propios del posparto como intolerancia al bebé, sobreprotección de este o irritabilidad hacia la pareja. Si no se identifica a tiempo, puede llevar a situaciones complicadas, por lo que se debe concienciar sobre la vulnerabilidad afectiva vivida en el puerperio, dar a conocer los factores predisponentes, realizar un adecuado diagnóstico y conocer su tratamiento.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de depresión posparto y a nivel secundario, determinar qué grupo de factores influyen mayoritariamente y establecer sus factores protectores.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane, Biblioteca virtual en salud y CINHALL con las palabras claves y sus descriptores del DeCS y MeSH (Depression, Postpartum, Risk factors, Women, Causalities...).

Resultados: Se escogen 33 artículos en la presente revisión tras la aplicación de filtros y de una revisión de la calidad metodológica. Se clasifican según la base de datos procedente, el año de publicación y el tipo de estudio.

Conclusión: Se debe aumentar los conocimientos sobre los factores de riesgo presentes en las mujeres en edad reproductiva, vigilando a las mujeres que los presenten. Para ello, el personal de enfermería debe realizar una adecuada educación para la salud y prevención de la depresión posparto.

Palabras clave: Depresión posparto, factores predisponentes, mujer, factores de riesgo, causas.

Abstract.

Introduction: Postpartum depression is a prevalent problem today. It consists of a postpartum mental disorder with typical depressive symptoms along with other such as intolerance to the baby, overprotection of the baby or irritability towards the partner. If it is not identified in time, it can lead to complicated situations, so awareness must be raised about the affective vulnerability experienced in the puerperium, publicize the predisposing factors, make an adequate diagnosis, and know its treatment.

Objectives: To identify the risk factors associated with the appearance of postpartum depression and, at a secondary level, to determine what type of factors have the biggest influence and establish their protective factors.

Methodology: A bibliographic search was carried out in the Pubmed, Cochrane, Virtual Health Library, and CINHALL databases with the relevant keywords and their DeCS and MeSH descriptors (Depression, Postpartum, Risk factors, Women, Causalities...).

Results: A total of 33 articles have been chosen in the present review after the application of filters and a review of methodological quality. They are classified according to the source database, the year of publication and the type of study.

Conclusion: Knowledge about risk factors present in women during reproductive age should be increased, monitoring women who present them. For this, the nursing professionals must carry out an adequate education for health and prevention of postpartum depression.

Key words: Postpartum Depression, predisposing factors, women, risk factors, causes.

1. Introducción.

1.1 Periodo perinatal: el posparto

1.1.1 Aspectos biológicos del posparto

El puerperio o posparto está definido como un periodo de tiempo variable tras el parto, donde las características y condiciones propias de la madre determinan su duración y peculiaridades. Transcurren múltiples cambios a nivel físico, psicológico y social que resultan en aprendizajes y nuevas expectativas en la vida de la mujer. Así pues, a lo largo de este periodo empiezan a desarrollarse los procesos de lactancia materna y de adaptación con el recién nacido y el entorno. (1)

Según los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia (SEGO) se diferencian tres periodos durante el posparto (3): puerperio inmediato, que abarca las primeras 24 horas, siendo las más importantes las primeras 2 horas; puerperio mediato, hasta el momento del alta, a los dos o tres días y el puerperio tardío que incluye hasta la primera menstruación.

Sin embargo, las últimas investigaciones aportan una perspectiva más amplia, integral e inclusiva de todo lo que implica el periodo de posparto para la mujer y la diada madre-bebé, entendiendo el posparto como un intervalo vital en la vida de la mujer, de grandes retos y responsabilidades, también de agotamiento, inseguridades y contraste de expectativas que puede resultar en una mayor vulnerabilidad a desarrollar problemas emocionales para algunas mujeres (59).

El posparto, más que un periodo, es una experiencia en la que acontecen multitud de cambios que exigirán una importante capacidad de adaptación a la mujer (59).

Con esta contextualización previa, se debe incidir en los cambios fisiológicos asociados en el cuerpo de la mujer relacionados con el retorno al estado anterior al embarazo; el útero va involucionando hasta su tamaño normal, la vuelta a la normalidad del aparato genital y el resto de los sistemas. Es muy frecuente encontrarse con complicaciones asociadas como cambios en el estado protrombótico, cambios uterinos, daño endotelial, complicaciones postquirúrgicas (si

se ha producido cesárea), mastitis, sangrado excesivo o hemorragia puerperal, infecciones en el aparato genitourinario y problemas relacionados con la lactancia. (2)

Junto todo el proceso de recuperación física se debe tener en cuenta que también puede aparecer el dolor, a menudo silencioso, relacionado con heridas, episiotomías, desgarros y otras intervenciones realizadas durante el parto que impiden la realización de actividades diarias normales y también pueden provocar malestar emocional. (59)

1.1.2 Aspecto psicológicos y psicosociales del posparto.

Como ya se ha comentado, debido a los múltiples cambios que se producen durante el posparto, es frecuente que algunas mujeres presenten dificultades para adaptarse al nuevo rol de la maternidad presentando pues, una mayor vulnerabilidad a experimentar problemas emocionales (1).

En la etapa del posparto la mujer puede experimentar síntomas de labilidad emocional debido a las fluctuaciones hormonales, pero también a los cambios psicológicos y sociales que implica (1). Tras el parto, la mujer debe iniciar una nueva etapa en la que el rol de la maternidad será central. No obstante, pueden aparecer una serie de dificultades como preocupaciones excesivas sobre las propias habilidades para el cuidado del bebé o el incumplimiento de expectativas. También, la insatisfacción corporal es común debido a los cambios propios de la etapa de embarazo y el parto, así como el aislamiento, el escaso apoyo social y/o familiar o el impacto que ciertos mitos o estereotipos tienen en la salud emocional de las mujeres. Todo ello, podría contribuir a esa mayor vulnerabilidad a sufrir problemas emocionales (59).

Dada la notable importancia de esta etapa para la salud mental de la mujer y su bienestar la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda proporcionar una amplia red de cuidados centrados en la mujer que ayuden a resolver las dudas que emergen, facilitar la recuperación física y gestionar los problemas emocionales que pueden suceder y así, evitar complicaciones derivadas como es la Depresión Posparto (en adelante, DPP). (4)

1.2 Diferencia conceptual

Además de la DPP, los problemas emocionales que pueden aparecer en la etapa del posparto son; la tristeza posparto o Baby blues, siendo esta la más común y la menos grave y la psicosis puerperal, que supone la emergencia psiquiátrica con mayor gravedad.

1.2.1 Tristeza posparto

También conocido por su nombre en inglés Maternity blues o Baby blues. Se define como una respuesta emocional temprana, y más leve que la depresión, con sintomatología transitoria. Es un síndrome afectivo leve y común que puede ser experimentado por las mujeres después del parto. La tristeza puerperal suele aparecer entre el segundo y cuarto día tras el parto y desaparece de forma espontánea. Entre las características comunes se presenta un llanto fácil, irritabilidad, dificultad para dormir, cefaleas, falta de apetito, sentimiento de inutilidad, preocupación excesiva al compararse con otras madres y una respuesta exagerada a los estímulos. Es bastante común en la actualidad al contextualizarse en un periodo dominado por la hipersensibilidad emocional debido a los cambios hormonales y al nuevo rol que desempeña, especialmente si recibe estímulos y actuaciones negativas por parte de terceros. No obstante, suele desaparecer y debería ser vigilado por si persistiera o aumentara la sintomatología. Por último, resaltar que en este tipo de tristeza suele resultar beneficioso recibir un adecuado apoyo emocional. (5)

1.2.2 Psicosis puerperal

La psicosis puerperal consiste en un episodio afectivo con síntomas psicóticos, además es una complicación psicológica aguda y grave que suele aparecer de manera brusca entre el tercer y el noveno día tras el parto. En cuanto a su sintomatología no varía de otras psicosis, ya que cuenta con irritabilidad, ansiedad, confusión, labilidad emocional, insomnio, pensamiento desorganizado y alucinaciones o delirios en su fase más aguda. Por lo tanto, se considera una urgencia psiquiátrica por el posible impacto de los delirios y alucinaciones maternas en el bebé. (5)

1.3. Criterios diagnósticos de la Depresión Posparto.

El diagnóstico de la DPP se basa en el uso de los criterios empleados en clasificaciones internacionales como el CIE 11 o DSM-V. En ambas, la depresión posparto se clasifica dentro de los trastornos depresivos, por lo que en primer lugar se describen los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor, para así posteriormente completar cuales son los propios de la DPP. (8)

1.3.1 Clasificación Internacional de Enfermedad, 11ª revisión. (CIE-11)

En cuanto a los criterios diagnósticos de la depresión según la CIE-11, debe haber mínimo dos de los tres síntomas que se mencionarán para que pueda considerarse trastorno depresivo mayor. Estos síntomas son; humor depresivo, pérdida de interés en actividades placenteras y disminución de la energía o fatiga.

A estos anteriores, se suman los criterios propiamente dichos de la DPP, los cuales son: (6)

- Síndrome asociado con el embarazo o el puerperio con inicio en las seis semanas tras el parto.
- Comúnmente se presentan síntomas propiamente depresivos, que resultan en cambios significativos en las características mentales y del comportamiento materno.
- No se incluyen delirios, alucinaciones u otros síntomas psicóticos.
- Si los síntomas cumplen otros requisitos propios de otro trastorno mental, se le debe asignar también este.
- No referido a síntomas depresivos leves y transitorios, aunque ocurran tras el parto.

1.3.2 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición. (DSM-V)

Por otro lado, el DSM-V establece que el episodio depresivo mayor debe contar con cinco de los requisitos para su diagnóstico correcto durante dos semanas consecutivas y al menos uno de ellos debe ser el primer o el segundo de los siguientes criterios. Además, no debe poder ser explicado por otro trastorno mental, otra patología médica, algún fármaco o sustancia.

Los criterios diagnósticos son los siguientes: (7) (8)

1. Calidad depresiva del estado de ánimo.
2. Pérdida de interés en la mayoría de las actividades.
3. Pérdida de peso o bien aumento y/ o disminución del apetito.
4. Insomnio o hipersomnias.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, que puede llegar a ser delirante,
8. Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, al igual que para la toma de decisiones.
9. Pensamiento de muerte recurrentes y/ o ideas suicidas.
10. Malestar o discapacidad desencadenada por los síntomas.

Dado que se engloba dentro del grupo de Trastornos depresivos, bajo la clasificación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”, se comparte sintomatología junto al criterio de ser mujer en periodo puerperal con un inicio de los síntomas en los primeros 12 meses tras el parto.

1.4 Prevalencia

La depresión posparto tiene una prevalencia mundial de 17,22%. Además, se establece que una de cada cinco mujeres desarrolla depresión posparto actualmente.

A nivel internacional, la evidencia muestra que en Estados Unidos la prevalencia varía de un 11,7 % a un 20,4 %, en América del Sur se mantiene en un 20,7%, en Europa oscila de un 6,1% a un 16,8 % y en África alcanza un 13,2%. Respecto a Asia, existe una gran diferencia según la zona estudiada con una prevalencia más alta en Asia meridional con un 22,32%. Los hallazgos revelan diferencias significativas en diferentes localizaciones geográficas, ya que son múltiples los factores que intervienen y que varían según el país, como las desigualdades en los ingresos o el desarrollo socioeconómico de la zona. No obstante, dadas las elevadas cifras de

prevalencia global, la DPP es considerada un importante problema de salud pública a nivel mundial. (24) (23)

En cuanto a los estudios encontrados en España, existe una gran variabilidad en los resultados. Uno de los estudios más reciente refiere una prevalencia de síntomas depresivos entre las 6 y 8 semanas del posparto que variaba de un 18,2% a un 35,4% (10).

1.5 Consecuencias de la Depresión posparto

Un trastorno depresivo en el puerperio tiene consecuencias tanto para el recién nacido como para la madre si no son tratadas de forma idónea (11).

En primer lugar, las consecuencias pueden aparecer a nivel físico. Es por ello, que las madres con depresión sufren más dolor y peor percepción de su salud. En cuanto a la salud mental, hay un claro empeoramiento del estado de ánimo a largo plazo (un año tras el parto) y con este problema se vincula una disminución de la vitalidad y limitación en sus roles maternos, así como una baja autoestima. Además, también se identifica una mayor probabilidad de sufrir problemas mentales más graves a largo plazo. En esta línea, se ha demostrado una clara relación entre la depresión posparto y la ansiedad en el mismo periodo siendo ambas entidades en la mayoría de las ocasiones comórbidas (11).

También se ha descrito una disminución en la calidad de vida en las mujeres con DPP en comparación con las madres sin depresión en todas sus dimensiones. Asimismo, la DPP se asocia con mayor cantidad de eventos negativos a lo largo de su vida, entre estos eventos estresantes destacan los problemas económicos, problemas en el funcionamiento del hogar, pérdida de domicilio y enfermedades en familiares cercanos (11).

En el ámbito social, la DPP se relaciona con mayor aislamiento social junto la menor percepción de apoyo por parte de familiares y amigos. Junto esto, la relación con la pareja se convierte en más distante, fría y difícil. (11)

Otra de las consecuencias que puede acarrear DPP en las mujeres es la aparición de comportamientos de riesgo, como es el caso del consumo de tabaco. Sin embargo, no se ha descrito asociación con un aumento del consumo de alcohol. Añadido a esto, en casos extremos se ha descrito la aparición de ideación suicida e ideas de infanticidio. (11)

Por otro lado, también son numerosas las consecuencias negativas en el vínculo materno-filial afectando en una menor proximidad, calidez y sensibilidad respecto al hijo o hija, así como, una mayor dificultad en la relación con el bebé y en su implicación emocional. Todo ello, podría ocasionar una mayor inseguridad de las mujeres en el cuidado de su bebé. Del mismo modo, se ha descrito como éstos bebés parecen tener menos conductas de aproximación a la madre, lo cual acaba afectando en el amamantamiento, siendo más propensas a interrumpir la lactancia materna de forma precoz por problemas asociados a la autopercepción de ineficacia por la falta de confianza en ellas mismas y un mayor dolor percibido. (11)

1.6 Tratamiento basado en la evidencia de la Depresión posparto

En líneas generales se han evidenciado buenos resultados obtenidos con la psicoterapia individual y otras modalidades como grupos de apoyo, que actúan favorablemente al dar la oportunidad de compartir experiencias entre iguales. Lo mismo ocurre con la terapia familiar, siendo una importante herramienta para el manejo de la DPP. (12)

La opción psicoterapéutica con mayor respaldo empírico para el tratamiento de la DPP es la Terapia Cognitivo-Conductual, en la cual se combinan la terapia cognitiva con el fin de modificar pensamientos disfuncionales y sus creencias entorno a la enfermedad y la terapia conductual, la cual se establece para disminuir las conductas problemáticas en respuesta a los pensamientos desorganizados y síntomas depresivos. Se puede complementar con la terapia de activación del comportamiento, para así disminuir los comportamientos de evitación e inercia y promover otras actividades y actitudes dedicadas a la autorresolución de problemas. (18)

La Psicoterapia Interpersonal ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión ya que puede mejorar las relaciones interpersonales o las circunstancias relacionadas como los conflictos conyugales y la transición en el rol materno.

Por otro lado, también la psicoterapia psicodinámica puede ser una opción de tratamiento. En ésta se pretende lograr la comprensión de conflictos repetitivos mediante la identificación de los patrones relacionados con estos y así la mujer trabaja para desarrollar otras medidas de afrontamiento más productivas. (18)

En definitiva, las diversas terapias se han ido adaptando específicamente a estas mujeres y han demostrado buenos resultados inmediatamente después del tratamiento y a los 6 meses (16)

Otra de las vertientes de tratamiento es la psicofarmacológica en la depresión moderada- severa. Sin embargo, se recomienda el empleo del tratamiento psicofarmacológico junto la psicoterapia por haber demostrado mayor eficacia conjunta.

Entre los fármacos recomendados se encuentra la brexanolona, un derivado sintético de la progesterona- alopregnanolona que actúa modulando el receptor GABA. Este fármaco ha demostrado una mejora de los síntomas y de la ideación suicida en los casos más agudos. Este es el primer medicamento aprobado específicamente para esta patología y a pesar de tener algunos riesgos asociados, con una adecuada supervisión durante su infusión y a las 24 horas posteriores, el beneficio parece superar al riesgo. No obstante, se deben conocer las características individuales de la mujer y realizar una valoración contando con su opinión (12) (13). Cabe desatacar que también se ha desarrollado posteriormente su versión oral, la zuranolona, un neuroesteroide modulador alostérico positivo de los receptores GABA. (14)

Por otra parte, el uso de antidepresivos está recomendado para la DPP moderada-severa o cuando no ha respondido adecuadamente solo con el uso de psicoterapia. Estos deben usarse en mujeres que optan por la lactancia materna valorando el riesgo/ beneficio. Entre todos los antidepresivos, son de elección los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (paroxetina o sertralina) y los inhibidores de la recaptación de norepinefrina (bupronion y mirtazapina), realizando controles y evaluando el nivel de secreción en la leche materna, aunque ambos han demostrado seguridad y pocos efectos adversos, sobre todo la sertralina. (15) (18)

Finalmente, además de todas las opciones existentes se recomienda a todas las mujeres con sintomatología depresiva en el posparto y en adición a su tratamiento, práctica de ejercicio físico y un adecuado nivel de sueño (17).

1.7 Estrategias de prevención de la Depresión posparto

Con el fin de prevenir de inmediato cualquier sintomatología predictiva de depresión posparto, resulta esencial un temprano examen físico y mental, junto la valoración de los factores de riesgo y antecedentes de depresión anterior mediante el uso de una entrevista, que también permita conocer los síntomas que presenta y cómo se siente.

1.7.1 Organismos nacionales e internacionales

Algunos organismos nacionales se han mencionado frente a la problemática que la DPP constituye.

En España, uno de los ejemplos es la Asociación Española de Salud reproductiva femenina, ya que han publicado una guía con diversas estrategias de prevención (19).

Esta guía incluye un conjunto de recomendaciones dirigidas a mejorar el bienestar de las mujeres en posparto y prevenir la aparición de problemas como la DPP. Entre estas recomendaciones se menciona la adecuada nutrición, con una dieta rica en proteínas, vitaminas y el resto de los nutrientes, al igual que beber de 1 a 2 litros diarios. En relación con el sueño y el descanso, proponen aprovechar el descanso de su hijo para hacerlo ellas mismas empleando técnicas de relajación en el caso de no tener un descanso suficiente. En cuanto a las visitas, comunes en este periodo, aconsejan programarlas en la medida de lo posible para que no intervengan en el descanso y no acaben desbordando a la madre y a la familia. Promueven el ejercicio físico, alternando periodos de descanso y movimiento por su claro beneficio psicológico demostrado. Por último, promulgan la lactancia materna por su protección frente a la depresión. (19)

A nivel internacional, la OMS publicó en 2022 un conjunto de directrices acerca del apoyo a las mujeres y recién nacidos en el periodo después del parto. Algunas de estas directrices relacionadas con la DPP son:

- Cribados de detección de depresión y ansiedad posparto, contando con servicios de derivación y tratamiento.

- Realización de intervenciones psicosociales y psicológicas durante el periodo prenatal y el postnatal para prevenir la ansiedad y la depresión tras el parto.
- Fomentar la participación de ambos progenitores. En relación con la pareja, aconsejar sobre como brindar apoyo a la mujer.
- Tratamiento, apoyo y consejo para promover una adecuada recuperación y la gestión de aquellos problemas que puedan surgir después del parto.
- Apoyo a las familias para reforzar la interacción con el recién nacido.

Cabe destacar que, tal y como promueve la OMS, es necesario establecer programas de cribado y detección de sintomatología depresiva en todo el periodo perinatal, junto con la valoración de los factores de riesgo y antecedentes de depresión. Esto se puede conseguir mediante el uso de instrumentos validados, con el fin de prevenir la depresión tanto en el embarazo como en el posparto

1.7.2 Rol de enfermería en la prevención / cribado de la depresión posparto

El rol de enfermería puede ser parte fundamental en las tareas de detección y cribado de los síntomas depresivos, puesto que durante la etapa perinatal las mujeres tienen contacto continuo con el sistema sanitario debido a los múltiples controles que forman parte de los programas de atención al embarazo. La tarea de enfermería se centra en detectar los factores de riesgo que pueden aparecer, observando el estado de ánimo durante las consultas, cómo es la interacción con la pareja (si es el caso), realizar preguntas sobre su entorno y conocer con qué medidas de apoyo cuenta la mujer.

Así pues, ante cualquier signo o factor indicativo de riesgo, el enfermero o enfermera podría iniciar medidas preventivas: (22)

- Explicar cuál es la sintomatología típica y animarle a que acuda en caso de padecerla.
- Prestar una adecuada información acerca de los factores de riesgo.
- Brindar un buen apoyo durante la nueva situación al llegar a su hogar y realizar un seguimiento para ver como realiza este afrontamiento.

- Informar sobre la posible aparición de tristeza en los primeros días tras el parto, indicando que puede ser normal siempre que no llegue a niveles patológicos que interfieran en su día a día y en su maternidad.
- Enseñarles a diferenciar los entre tristeza posparto, DPP y psicosis puerperal.

En cuanto al cribado, se recomienda el uso de la Escala de detección de depresión postnatal de Edimburgo. Este instrumento se ha validado en población de mujeres españolas en el embarazo y en el posparto con buenas propiedades psicométricas. Consta de 10 preguntas relativas a los 7 últimos días y con la obtención de un resultado superior a diez, se puede sospechar que la mujer presenta síntomas depresivos. Ante esta situación se requiere una atención multidisciplinar y se recomienda establecer mecanismos de derivación para realizar una evaluación exhaustiva de la mujer por parte de profesionales en salud mental y establecer las medidas preventivas o de tratamiento más adecuadas en cada caso. Véase Anexo I.

1.8. Justificación

La decisión sobre realizar el trabajo de final de grado acerca de la depresión posparto emerge con el interés en temas relacionados con la salud mental y más específicamente, aquellos que más afectan a las mujeres. La salud mental es un elemento clave para poderse manejar en el día a día y la OMS indica que es responsabilidad de los sectores socio- sanitarios realizar un correcto enfoque holístico para su prevención y tratamiento. De esta forma, se propone como objetivo de desarrollo del milenio la salud materna por lo que ambos conceptos son considerados relevantes en la actualidad. (25)

Como se ha descrito, la prevalencia de la depresión posparto alcanza niveles considerables a nivel mundial y resulta de elevado interés conocer aquellos factores que afectan directamente, realizando una correcta divulgación de ellos a las mujeres en etapa gestacional y posparto para que se puedan tener en consideración y prevenirlos, al igual que se trata día a día de prevenir y tratar otros problemas físicos más popularizados.

Con este trabajo se intenta dar más a conocer la información existente sobre este trastorno, con el objetivo de que las mujeres en edad reproductiva sepan diferenciar cuando termina la sintomatología considerada normal en el posparto y empieza la patológica. Si de por sí, la salud mental ya es un tema que a pesar de haberse dado más a conocer en la actualidad, aún está en un segundo plano por el estigma que supone, la salud mental materna en el posparto todavía está peor vista socialmente. Por ello, es importante brindar la oportunidad a todas las madres de que puedan disfrutar de este periodo y darles a conocer algunas estrategias con las que pueden contar, siempre de la mano de los profesionales.

En conclusión, es un tema actual, prevalente e importante en la salud mental de las mujeres y se considera que la enfermería tiene un rol esencial en su educación, prevención, manejo y abordaje, al igual que en evitar que se produzcan las consecuencias que conlleva.

2.Objetivos

El objetivo principal del presente estudio es:

- Identificar los factores de riesgo descritos en la literatura que predisponen a la aparición de depresión posparto.

2.1 Objetivos secundarios

- Determinar qué grupo de factores influyen mayoritariamente en la depresión posparto.
- Describir los factores protectores de la depresión posparto.

3. Metodología

3.1 Diseño

El estudio que se va a desarrollar consiste en una revisión integradora de la literatura científica disponible y publicada en los último cinco años (2018- 2023) sobre los factores que influyen en la aparición de la depresión posparto en las mujeres que se encuentran en este periodo para poder realizar una clasificación de aquellos factores que comparten el mismo origen.

3.2 Pregunta clínica de investigación

Para llevar a cabo la revisión, con su correspondiente estrategia de búsqueda, se ha planteado una pregunta clínica utilizando el formato PIO:

P: Población

I: Intervención

O: Resultados

La pregunta que se plantea es:

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la aparición de depresión posparto en mujeres que se encuentran en este periodo?

En la siguiente tabla se muestran los componentes de la pregunta desarrollada en esta revisión.

Tabla 1: Componentes pregunta PIO

Población	Mujeres en el periodo postparto.
Intervención	Evidencia disponible sobre qué factores tienen una relación con la aparición de la patología.
Resultados	Aparición de depresión posparto.

Fuente: Elaboración propia.

3.3 Palabras clave y descriptores

Tras el planteamiento de la pregunta clínica, se identifican que palabras clave están relacionadas con el tema a estudio.

Los términos en lenguaje controlado se obtienen a través de dos herramientas:

- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).
- Descriptores del Medical Subject Heading (MeSH).

En la siguiente tabla se pretende mostrar las palabras clave con sus descriptores en DeCS y MeSH.

Tabla 2: Palabras clave con respectivos descriptores.

Lenguaje Natural		DECS		MESH
Castellano	Inglés	Castellón	Inglés	
Depresión	Depression	Depresión	Depression	Depression
Depresión posparto	Postpartum depression	Depresión posparto	Depression, Postpartum	Depression, Postpartum
Posparto	Postpartum	Periodo posparto	Postpartum Period	Postpartum Period
Factores de riesgo	Risk factors	Factores de riesgo	Risk Factors	Risk Factors
Causas	Causes	Causalidad	Causality	Causality
Mujeres	Women	Mujeres	Women	Women

Fuente: elaboración propia.

3.4 Bases de datos y estrategia de búsqueda

El objetivo consiste en obtener toda la información disponible en la literatura basada en la mejor evidencia y dar respuesta a la pregunta PIO establecida en el estudio.

Las bases de datos de mayor utilidad para la revisión han sido: Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus, el Portal Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete (CINAHL) perteneciente a EBSCOhost.

Se ha tratado de realizar una búsqueda similar en cada base de datos nombrada para encontrar artículos que respondan a nuestro objetivo. La búsqueda se lleva a cabo combinando el lenguaje natural con sus descriptores MeSH/ DeCS (tabla 2) y con la unión de cada termino con operadores booleanos (AND” y “OR”)

Durante el proceso de búsqueda se han usado otros términos no mencionados debido a que no son descriptores sino subcategorías del término “Depression, Postpartum” en el MeSH. Las subcategorías empleadas han sido “Etiology”, “Genetics” y “Physiopathology”. El término “Women” no ha sido empleado en todas las bases de datos debido a que se ha visto más efectivo emplearlo como filtro automático.

Para obtener información acerca de los objetivos secundarios no se ha realizado otra búsqueda distinta ya que los artículos y los resultados obtenidos en la búsqueda se relacionan directamente con la respuesta a los mismos y se pueden contestar a partir los resultados obtenidos.

En los siguientes apartados se describe cada búsqueda específica según la base de dato empleada, al igual que los filtros que se han añadido y cuantos artículos han resultado de la búsqueda descrita.

3.4.1 Estrategia de búsqueda en Pubmed

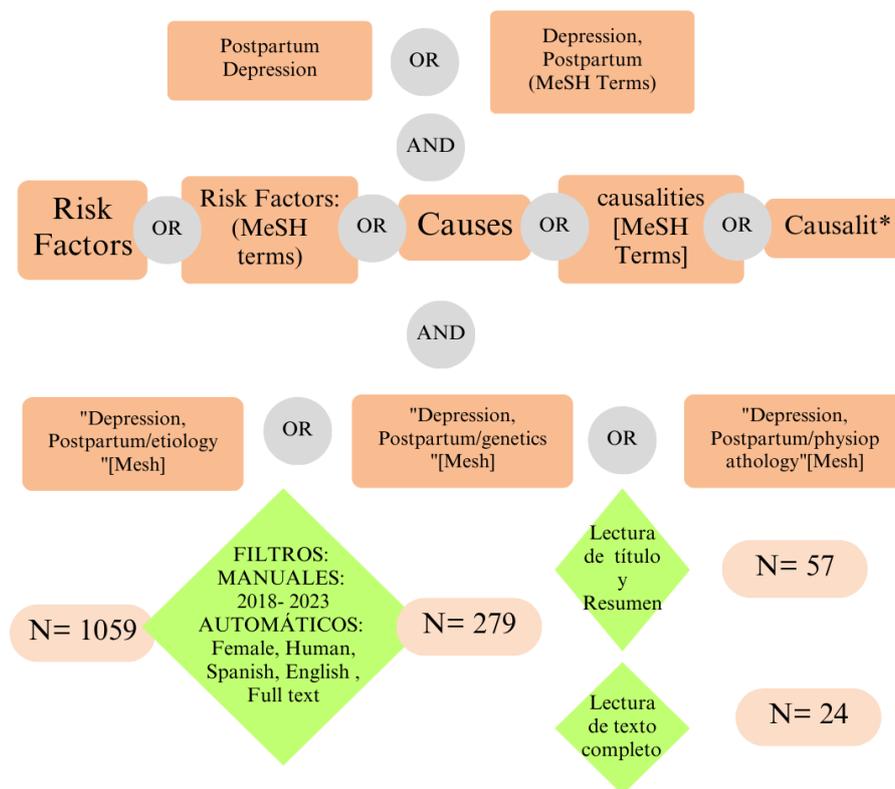
Para llevar a cabo la búsqueda en la base de datos PubMed se han combinado los términos del MeSH y de lenguaje natural junto el descriptor “Depression, Postpartum” y sus subcategorías del MeSH; “etiology”, “genetics”, “physiopathologyc”

Se han aplicado los distintos filtros automáticos a la búsqueda: “Full Text”, “Female” “Human”, “English” y “Spanish” y el filtro de tiempo: Desde 2018 hasta 2023.

Se procede a realizar una revisión y elección de aquellos que más se ajustan al tema escogido. Primero, con una lectura del título y del resumen y después, con la lectura del texto completo y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

En la siguiente figura 1 se muestra la estrategia de búsqueda empleada en Pubmed.

Figura 1: Estrategia de búsqueda en Pubmed junto a los artículos obtenidos en cada etapa.



Fuente: elaboración propia

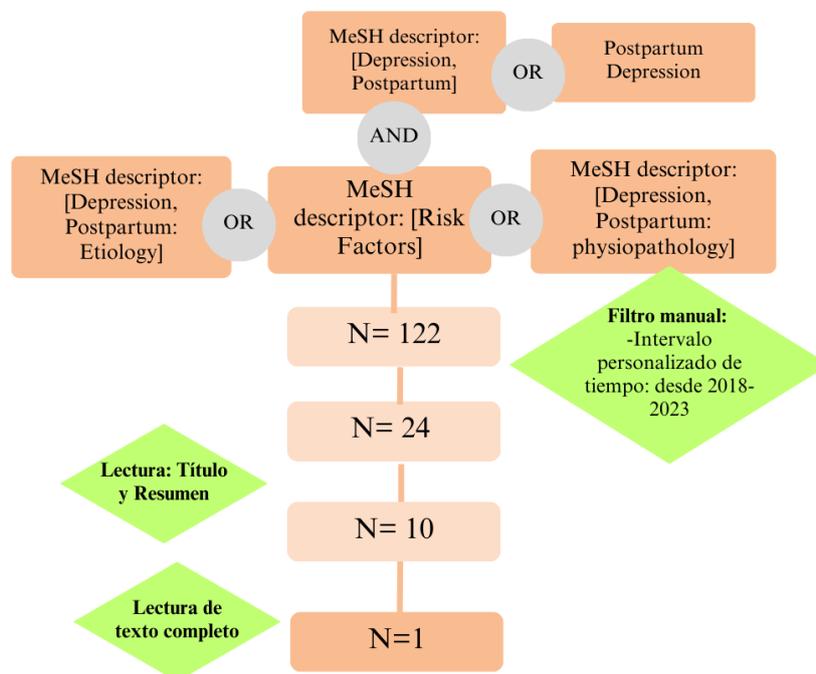
3.3.2 Estrategia de búsqueda en Cochrane Plus

La búsqueda realizada en la biblioteca Cochrane Plus consiste en la combinación de los términos del MeSH mostrado en la tabla 2 (Excepto el termino: “Causalities”) junto las subcategorías de “Depression, Postpartum” que establece el MeSH; physiopathology y etiology.

Tras la obtención de los resultados, se han aplicado los filtros automáticos de intervalo personalizado de tiempo, para escoger aquellos publicados desde 2018. Posteriormente, se procede a un filtrado manual mediante una lectura adecuada de los títulos y resúmenes para escoger así los que más se adecuan al tema elegido y posteriormente, se realiza una lectura completa.

En la siguiente figura se especifica como se ha realizado la estrategia de búsqueda.

Figura 2: Estrategia de búsqueda en Cochrane junto a los artículos obtenidos en cada etapa.



Fuente: Elaboración propia

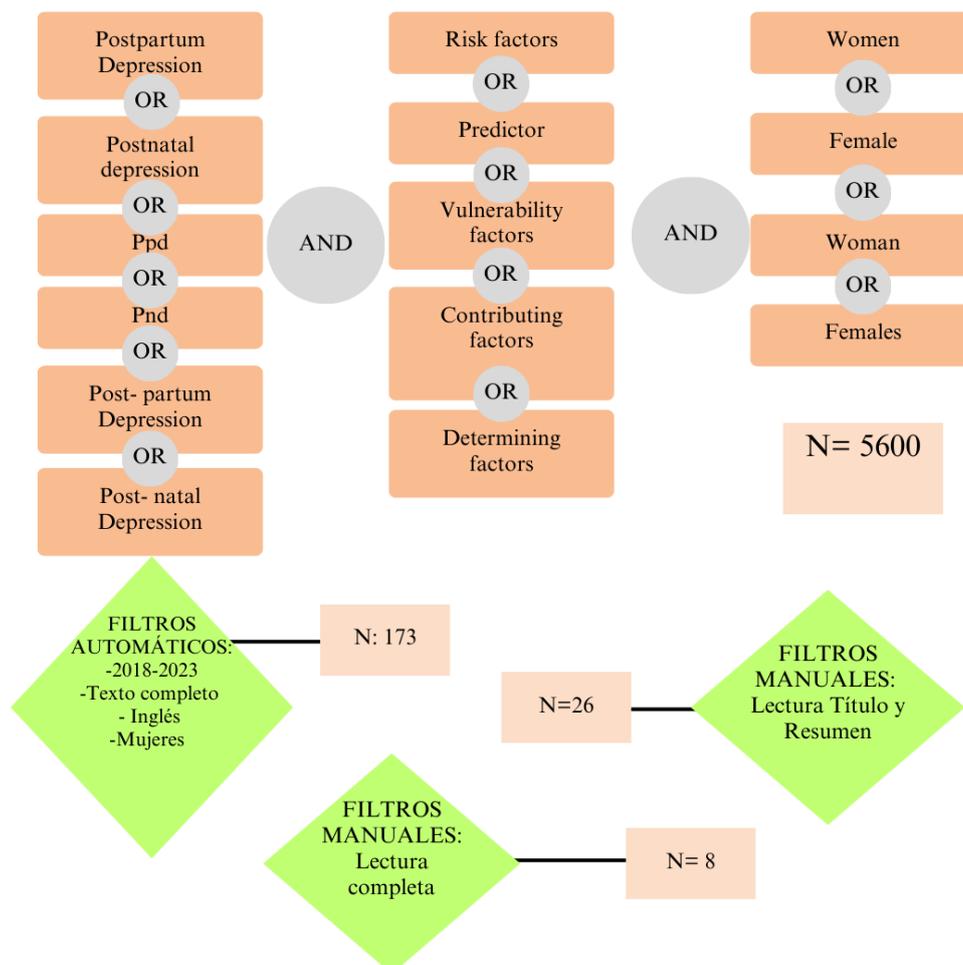
3.3.3 Estrategia de búsqueda en CINAHL

En la búsqueda realizada en la base de datos CINAHL (EBSOCOhost) se han combinado los términos mostrados en la Tabla 2.

Al realizar la búsqueda se han aplicado los filtros automáticos “Texto completo”, “2018-2023”, “Inglés” y “Español”.

A continuación, se aplican los filtros manuales mediante la revisión del título y resumen para así detectar aquellos que se relacionan con el tema escogido y una vez elegidos, se ha realizado una lectura completa para escoger aquellos más acordes con los criterios de inclusión y exclusión.

Figura 3: Estrategia de búsqueda en CINAHL junto a los artículos obtenidos en cada etapa.



Fuente: Elaboración propia

3.3.4 Biblioteca Virtual en Salud.

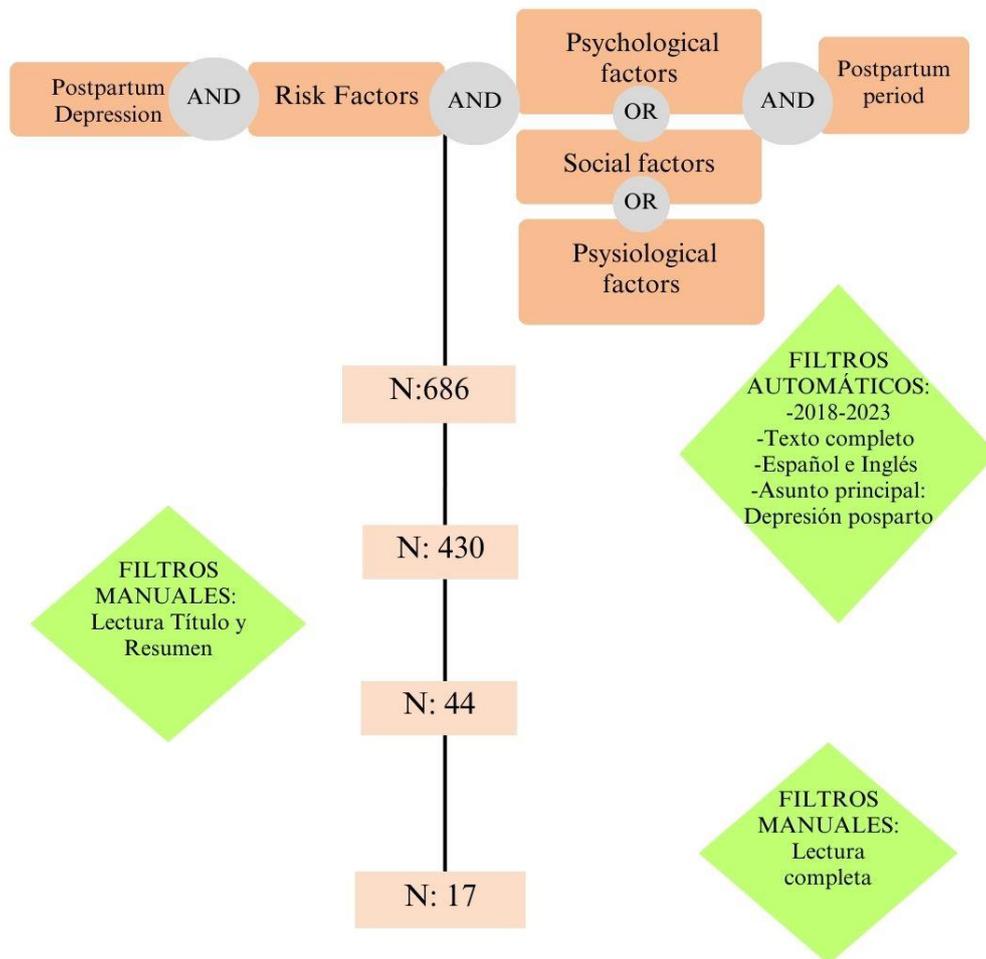
Se realizó la búsqueda en el Portal Regional de la BVS mediante los descriptores mencionados del MeSH y del Lenguaje Natural.

Al realizar la búsqueda con las palabras clave y los filtros automáticos, los resultados han sido numerosos. Por lo tanto, se ha optado por aumentar las palabras en la estrategia de búsqueda añadiendo “Postpartum Period”, “Psychological factors”, “Social factors” y “Physiological factors”.

Los resultados obtenidos han sido reducidos con el uso de los siguientes filtros automáticos: “Texto completo”, “2018-2022”, “inglés” y “español” y por último, se ha filtrado el asunto principal (“Depresión Posparto”) para reducir el número de resultados que difieren del tema estudiado.

Se realiza un filtrado manual para escoger aquellos cuyo título y resumen se adapten a la búsqueda y a continuación, se realiza una lectura completa de estos últimos para elegir lo más precisos.

Figura 4: Estrategia de búsqueda en BVS junto a los artículos obtenidos en cada etapa.



Fuente: Elaboración propia

3.4 Criterios de selección

Para llevar a cabo la selección de los estudios a incluir en la presente revisión, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Idiomas: Castellano e inglés.
- Artículos con acceso a texto completo.

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos que cumplan los criterios de calidad metodológica.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Artículos no relacionados con el objetivo de estudio.
- Artículos referidos a otros trastornos mentales como tristeza o psicosis posparto.
- Artículos duplicados.

3.5 Evaluación de la calidad metodológica.

Como se ha explicado anteriormente, tras realizar la lectura completa de los artículos seleccionados, se ha llegado a un total de 50 artículos. Para conocer cuáles de estos pueden ser considerados de alta calidad según unos criterios preestablecidos, se procede a la lectura crítica con la ayuda de herramientas de lectura crítica para evaluar de la calidad metodológica y así, concluir con los artículos utilizados posteriormente.

Para ellos se inicia con la herramienta CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español), para evaluar metodológicamente aquellos artículos que se corresponden con: revisiones sistemáticas, estudios de cohortes, estudios de casos y controles y ensayo clínico aleatorizado. Los cuestionarios de esta herramienta están compuestos por diez o doce preguntas según el tipo de estudio que se evalúa, de las cuales las dos o tres primeras son preguntas de eliminación, es decir, si la respuesta a alguna de estas preguntas es “no”, el estudio queda descartado. Las preguntas que siguen sirven para analizar más detalladamente el estudio. Véase Anexos I, II, III, IV, V.

En este estudio se consideró la inclusión de aquellos artículos cuya puntuación al responder las preguntas pertinentes fuera mayor a 8 para que sea considerado de calidad alta. Aquellos cuya puntuación exija una calidad media (5-7) o baja (<5) no se han incluido en la presente revisión.

Una vez realizada la lectura crítica de los estudios encontrados se descartaron 13 artículos que no se consideran de calidad adecuada para ser incluidos.

Por otro lado, para la evaluación de la calidad metodológica en estudios transversales se ha empleado la herramienta STROBE; Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology, Este instrumento cuenta con recomendaciones sobre la estructura de los estudios nombrados. Por lo tanto, si se responde afirmativamente a un total de 22 preguntas, la calidad del estudio sería alta. Véase anexo VI.

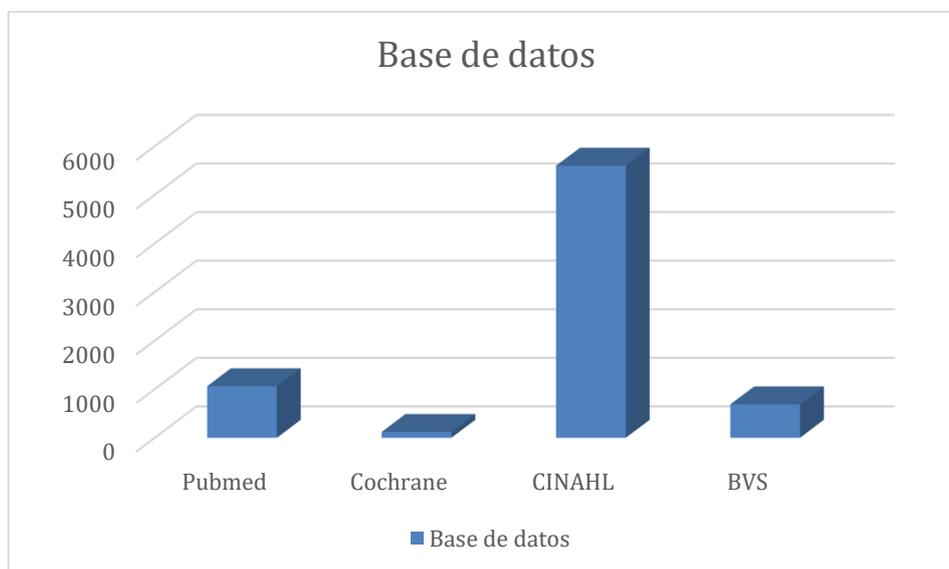
Para concluir que estudios serían válidos para la revisión, se afirma que debe haber 17 respuestas positivas de 22, lo que sería un 80% de la puntuación total. Tras su aplicación a los artículos de investigaciones transversales encontrados, se eliminaron un total de 4 estudios que no alcanzaban el 80% de puntuación en relación con las recomendaciones de calidad.

4. Resultados

4.1 Resultados de la búsqueda y proceso de selección.

Tras llevar a cabo las búsquedas en las bases de datos tal y como se ha descrito en los apartados anteriores, sin aplicar los filtros automáticos se obtienen un total de 7467 artículos. De estos el 14,2 % (n=1059) se obtiene de la base de datos Pubmed, el 1,6% (n=122) de Cochrane, el 75% (n=5600) de CINAHL y el 9,2% (n=686) de BVS.

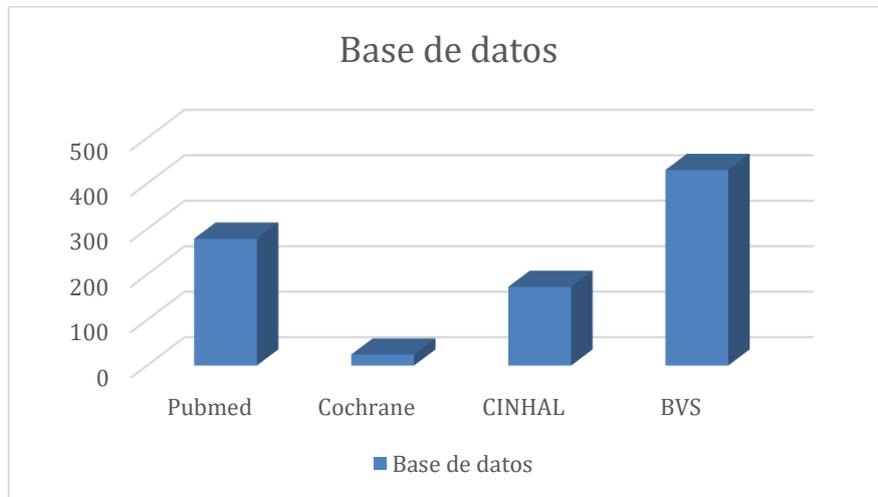
Figura 5: Clasificación de los artículos obtenidos tras la búsqueda según la base de datos procedente.



Fuente: elaboración propia.

Con la aplicación de los filtros automáticos, el número de artículos se reduce a n= 906 de los cuales el 30,8% (n=279) son de Pubmed, el 2,6% (n= 24) pertenecen a Cochrane, El 19,1% (n=173) de CINAHL y el 47,5% (n=430) de BVS.

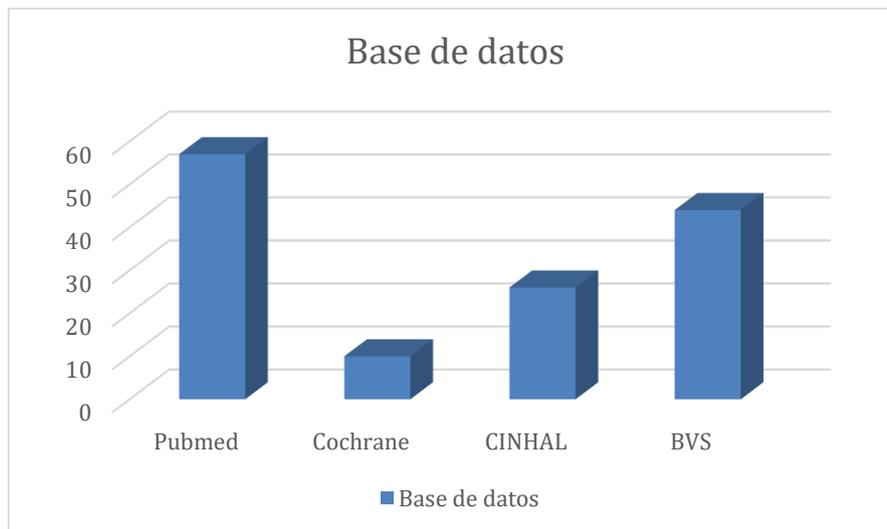
Figura 6: Clasificación de los artículos obtenidos con la aplicación de filtros según la base de datos procedente



Fuente: Elaboración propia

Una vez se aplican los filtros manuales con la primera lectura de título y resumen, se obtienen un total de n=137 artículos. De este total, el 41,6% (n= 57) son de Pubmed, el 7,3% (n=10) pertenecen a Cochrane, el 19% (n= 26) de CINAHL y el 32,1% (n=44) a BVS.

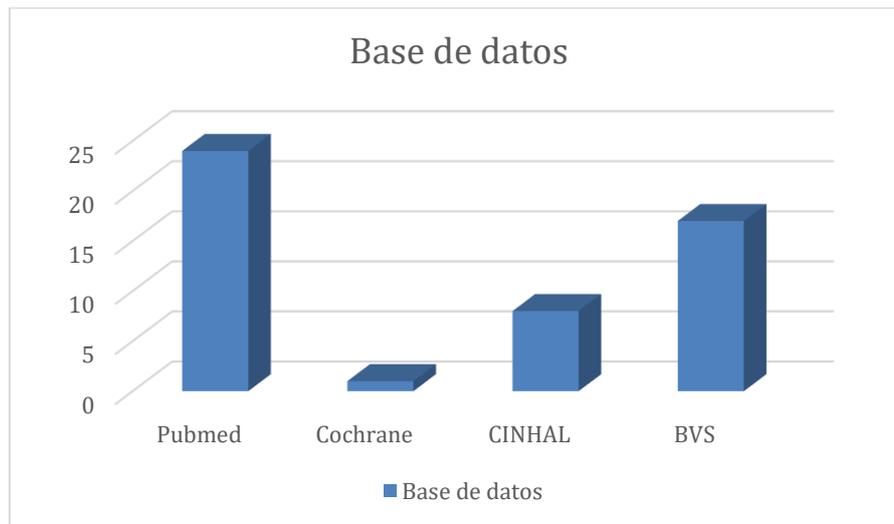
Figura 7: Clasificación de los artículos obtenidos con la aplicación de filtros manuales según la base de datos procedente.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, para finalizar con la estrategia empleada, se procede a la lectura del texto completo para así obtener los artículos que se analizarán en la revisión sistemática. Todos estos suman un total de 50 artículos que se obtienen en un 48% (n= 24) de Pubmed, el 2% (n=1) de Cochrane, el 16 % (n=8) de CINAHL y, por último, el 34 % (n=17) de BVS.

Figura 8: Clasificación de los artículos obtenidos tras una lectura completo.

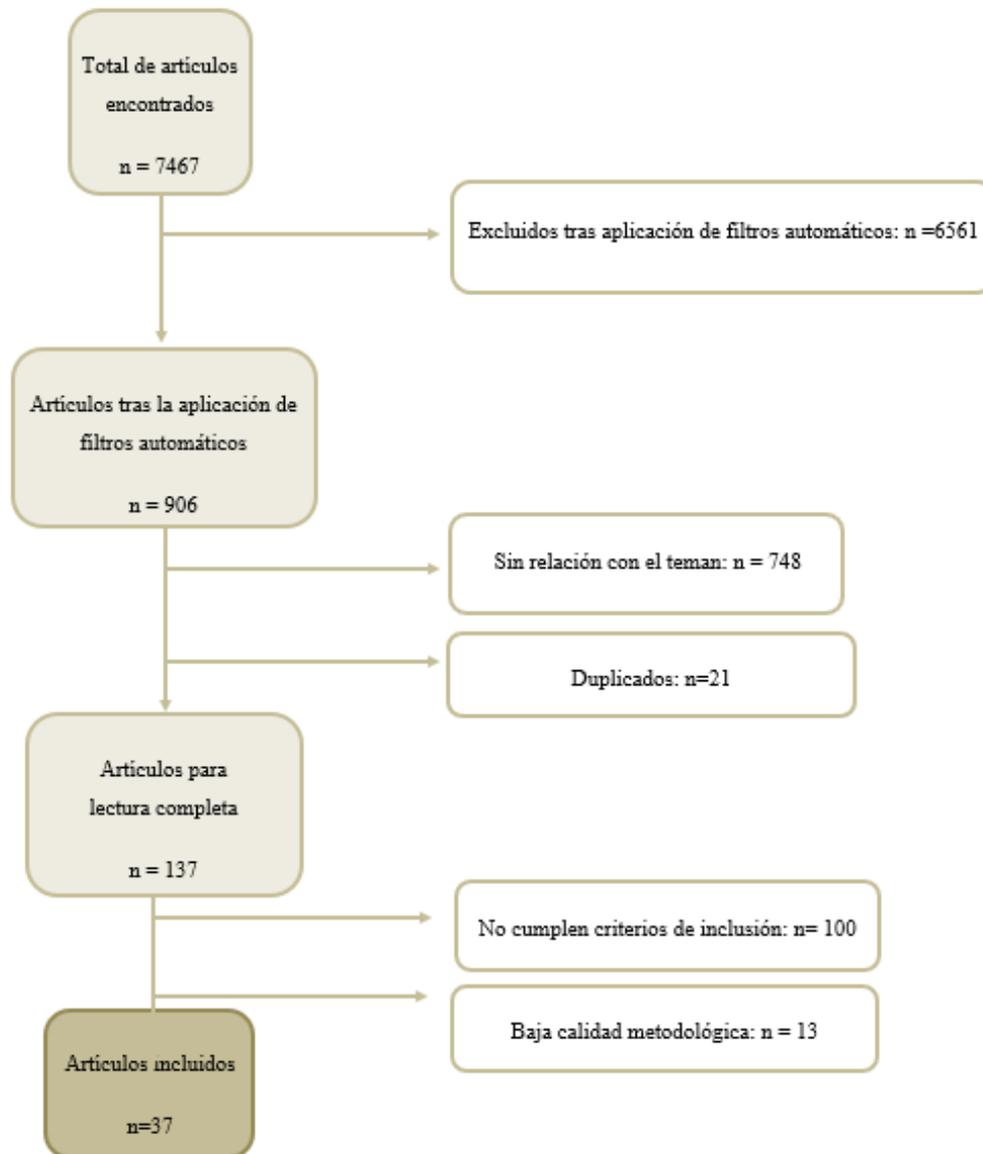


Fuente: Elaboración propia.

A pesar de la obtención de 50 artículos, al proceder a realizar la evaluación de la calidad metodológica se obtiene que el 34 %, es decir, 17 artículos no cumplen con los criterios de calidad establecidos y, por lo tanto, no cuentan con el nivel de evidencia científica que se precisa. Finalmente, en el presente estudio se incluyeron un total de 33 artículos para llevar a cabo la revisión.

La figura 9 muestra el diagrama de flujo que se ha utilizado para la selección de los artículos de esta revisión.

Figura 9: Diagrama de flujo de los artículos de la revisión.

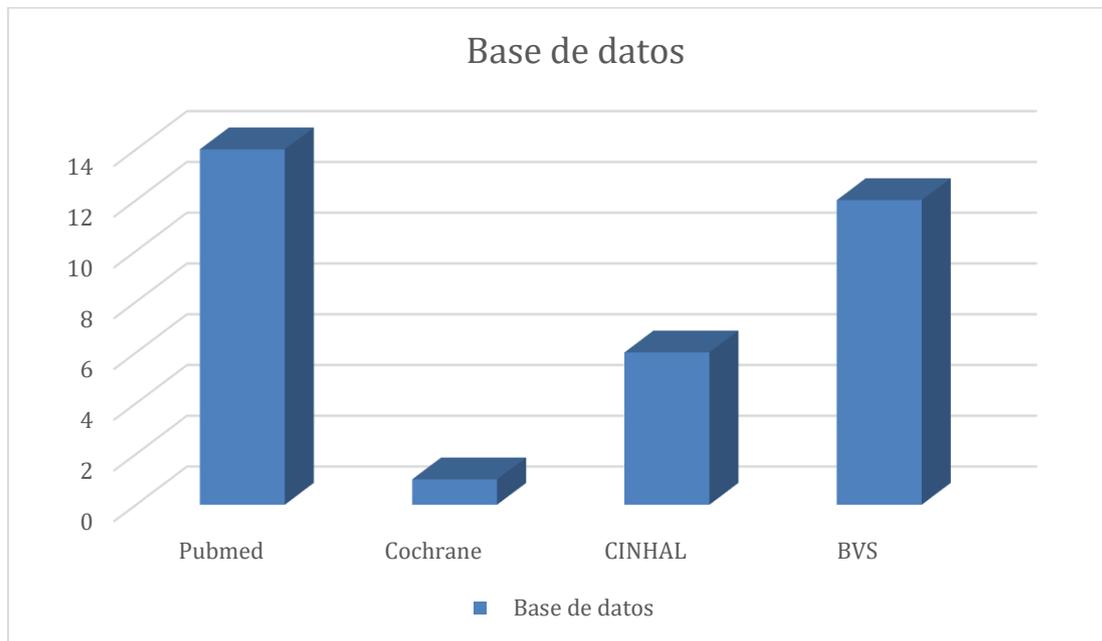


Fuente: Elaboración propia

4.2 Características de los estudios incluidos en la revisión.

De los artículos que finalmente han sido incluidos en la revisión (n=33), un total de 14 (42,4%) pertenecen a Pubmed, 1 artículo (3%) a la biblioteca Cochrane, 6 artículos (18,2%) a CINHAL y, por último, un total de 12 (36,4%) publicaciones a BVS.

Figura 10: Clasificación de los artículos escogidos según la base de datos procedente.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al año de publicación, se observó que 4 artículos (12,1%) corresponden a 2018, 5 artículos (15,2 %) a 2019, un total de 4 artículos (12,1%) a 2020, 7 artículos (21,2%) a 2021 8 artículos (24,2%) corresponden a 2022 y, por último, 5 artículos (15,2%) recuperados fueron del año 2023. La relación de artículos por año de publicación se puede observar en la figura 11.

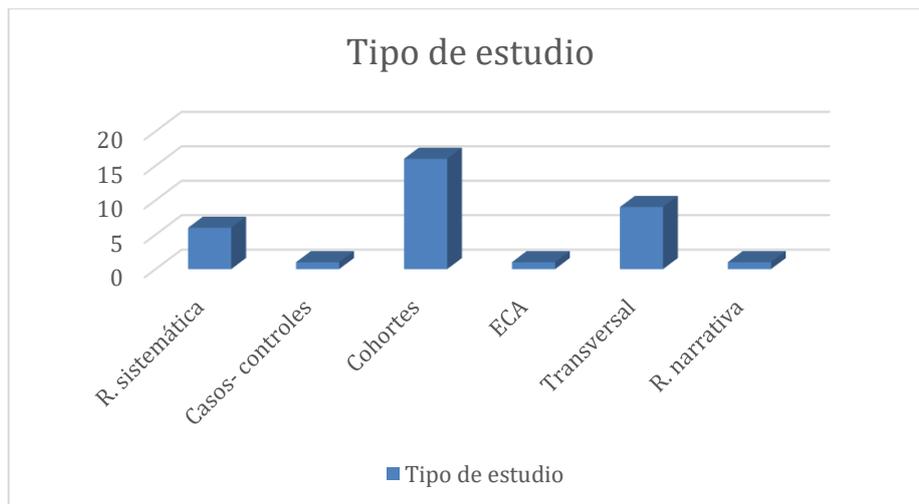
Figura 11: Clasificación de los artículos escogidos según año de publicación.



Fuente: Elaboración propia

Respecto al tipo de estudios incluidos, de los 33 estudios, un total de 5 (15,2%) son revisiones sistemáticas, 1 es una narración narrativa (3%), 1 (3%) es un estudio de casos- controles, 16 (48,5%) son estudios de cohortes 9 (27,3%) estudios transversales y 1 (3%) estudio es un ensayo clínico aleatorizado.

Figura 11: Clasificación de los artículos escogidos según tipología.



Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla, se detalla con precisión las características de cada uno de los estudios incluidos en esta revisión y un breve resumen de su contenido.

Tabla 3: Descripción de los artículos escogidos.

Título	Autor y Fecha de publicación	Tipología	Base de datos	Objetivo	Resultados y conclusión.
Factores de riesgo para la depresión posparto: una revisión sistemática basada en la evidencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis	Xiao Hu Zhao , Zhi Hua Zhang. Octubre de 2020	Revisión sistemática	Pubmed	Identificar factores de riesgo de la DPP por la falta de información sobre su etiología.	Se distinguen factores de riesgo, factores protectores y factores controvertidos de los cuales no se obtiene la suficiente evidencia de relación. Se concluye que existen 13 factores de riesgo para la DPP (violencia, inmigración, diabetes, cesárea, depresión, déficit de vitamina C, obesidad, mala calidad del sueño, no tener apoyo social, nacimientos múltiples, prematuridad y con bajo peso, anemia y mala experiencia de parto). Además, añaden como factores protectores la nutrición y el contacto piel con piel.
La mala calidad del sueño aumenta los síntomas de depresión y ansiedad en las puérperas.	Michele L Okun et al. 20 de Julio de 2018	Estudio de cohortes.	Pubmed	Determinar la relación entre la calidad del sueño y la sintomatología de ansiedad y depresión postnatal.	Muestran una asociación entre las puntuaciones elevadas en ansiedad (OASIS), depresión (PHQ9) y depresión posparto (EPDS) con puntuaciones altas de sueño (PSQI). Se respalda la hipótesis de una mala calidad de sueño como factor de riesgo en DPP y otras afecciones en el posparto.

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>Uso de anticonceptivos hormonales posparto e incidencia de DPP: Una revisión sistemática.</p>	<p>Angelina ti, Kathryn M. Curtis. 28 de marzo de 2019</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Determinar la asociación entre DPP y uso de anticonceptivos hormonales en el mismo periodo.</p>	<p>Del total de 167 estudios incluidos, 2 estudios no encuentran asociación mientras que el resto determinan que el uso de anticoncepción hormonal como enantato de noretisterona inyectable, anticoncepción combinada e implantes de etonogestrel, se relaciona con un aumento de la DPP mientras que un estudio refiere no encontrar asociación cuando se usa progestágeno no combinado o DIU. No se encuentran asociaciones consistentes.</p>
<p>Relación entre violencia obstétrica percibida y el riesgo de DPP: Un estudio observacional</p>	<p>Sergio Martínez-Vázquez et al. 1 de marzo de 2022</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Observar la relación existente entre la violencia obstétrica percibida y riesgo de DPP.</p>	<p>Los resultados mostraron asociación entre la DPP y las variables: violencia obstétrica, violencia obstétrica psicoafectiva y percepción de bajo apoyo social entre otros.</p>
<p>Preeclampsia como factor de riesgo de DPP y psicosis: revisión sistemática y metaanálisis.</p>	<p>Luisa Caropreso et al. 4 de diciembre de 2019.</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Conocer si las mujeres con antecedentes de preeclampsia tienen más posibilidad de desarrollar DPP y si la preeclampsia actúa como factor de riesgo fuera del periodo posparto.</p>	<p>La mayor parte de los estudios revisados determinan la existencia de relación entre DPP y preeclampsia, con mayor gravedad de síntomas dentro y fuera del periodo puerperal. Por lo que se concluye que la preeclampsia es factor de riesgo y agravante de los síntomas de la DPP.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>El impacto de la neuroinflamación relacionada con la obesidad en la DPP: Una revisión narrativa.</p>	<p>Kenia Lourdes de Oliveira da Cruz et al. 20 de mayo de 2022.</p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Síntesis de estudios sobre el impacto de la neuroinflamación con la obesidad y la DPP.</p>	<p>Se evidencia la asociación entre la neuroinflamación con la obesidad pregestacional y también con la DPP.</p>
<p>Asociación entre el tabaquismo antes del embarazo y la DPP: Un estudio cohorte a nivel nacional.</p>	<p>Vidal Yook et al. 1 de noviembre de 2022.</p>	<p>Estudio observacional de cohorte</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Relación entre tabaquismo antes del embarazo y la DPP.</p>	<p>Los resultados mostraron que aquellas mujeres que habían sido fumadoras o lo eran antes del embarazo tenían más probabilidad de sufrir DPP. Además, a mayor consumo de tabaco mayor riesgo. Se determina también el valor acumulativo del tabaco, ya que si han dejado de fumar, pero fumaban grandes cantidades, el efecto sobre la DPP es el mismo. El mayor riesgo es para aquellas mujeres que fumaban más de 10 paquetes al año.</p> <p>Por lo tanto, la cantidad y duración del tabaquismo antes del embarazo contribuye en el riesgo de aparición de DPP.</p>
<p>La DPP de inicio temprano y tardío exhibe distintos factores asociados: el estudio de cohorte prospectivo IGEDEPP.</p>	<p>S Tebeka et al. 3 de marzo de 2021.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>Pubmed</p>	<p>Identificación de factores de riesgo de DPP de inicio temprano y tardío entre una gran variedad de variables sociodemográficas, eventos estresantes y abuso o atención médica recibida.</p>	<p>Los eventos estresantes de la vida influyen considerablemente en DPP de inicio tardío y temprano.</p> <p>No obstante, la DPP dependiendo del tiempo distinta etiología; siendo más común como factor de riesgo de inicio temprano el abuso sexual en la infancia, estar soltera o bajo nivel económico y de inicio tardío, estado de desempleo y abuso emocional en la infancia.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>Síndrome del ovario poliquístico y síntomas de DPP: Un estudio de cohorte basado en la población.</p>	<p>Alzina Xoric et al. 4 de enero de 2021.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Determinar la asociación entre el síndrome del ovario poliquístico (SOP) previo al embarazo con la DPP.</p>	<p>Se demuestra asociación entre SOP con estado de ánimo deprimido posparto. También existe asociación aun cuando solo se manifiestan síntomas de acné e hirsutismo y las mujeres no han sido diagnosticadas.</p>
<p>Búsqueda de apoyo social y DPP: Un estudio piloto retrospectivo de los cambios percibidos.</p>	<p>Peggy O’Neil et al. 8 de enero de 2019.</p>	<p>Estudio de casos y controles.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Como afectan los cambios percibidos con el paso del tiempo en los diferentes tipos de apoyo social en la mejora de la DPP.</p>	<p>Se obtiene una mejora significativa en la DPP en aquellas mujeres que buscan apoyo social. Las puntuaciones altas en búsqueda de ayuda se correlacionan con puntuaciones bajas en DPP. Por lo que se demuestra que contribuye a la mejora en estas mujeres.</p>
<p>Asociación entre la anemia perinatal y la DPP: Un estudio de cohorte prospectivo de mujeres japonesas.</p>	<p>Yuto Maeda et al. Enero de 2020.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Determinar la relación entre DPP y anemia en cada etapa del embarazo y en el puerperio.</p>	<p>La anemia posparto se asocia de manera significativa con un mayor riesgo a padecer DPP mientras que la anemia en el 2º y 3º trimestre no. También se mostró asociación entre los quintiles de hemoglobina materna en el puerperio y la DPP.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>La relación entre el aumento de peso gestacional y la DPP en mujeres embarazadas normopeso y con sobrepeso.</p>	<p>Fatemeh Dayan et al. 21 de octubre de 2018.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Determinar la asociación entre el aumento de peso en el embarazo y la DPP en gestantes normopeso y con sobrepeso.</p>	<p>El 32,3% de mujeres que ganaron peso en el tercer trimestre de embarazo puntuaron por encima de 12 en la EPDS. Se considera que puede existir una mayor probabilidad de DPP en mujeres que se exceden de peso en el tercer trimestre.</p>
<p>Experiencias infantiles adversas y violencia de pareja durante el embarazo y su asociación con la DPP.</p>	<p>Betsabé Mahenge et al. 15 de marzo de 2018.</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Relación entre experiencias adversas en la infancia y violencia de género con DPP en mujeres de África Subsahariana.</p>	<p>Las experiencias en la infancia sobre violencia ya sea física o sexual y la violencia física y sexual por parte de la pareja se asocian de manera importante con la DPP.</p>
<p>Actividad física específica de dominio y comportamiento sedentario durante el embarazo y riesgo de DPP en las cohortes francesas EDEN y ELFE.</p>	<p>Judith van der Waerden et al. 11 de febrero de 2019.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>Pubmed.</p>	<p>Examinar la relación entre ejercicio físico en el embarazo y la DPP utilizando datos de dos cohortes y teniendo en cuenta el sedentarismo.</p>	<p>Mayor actividad en el hogar/ cuidado y sedentarismo en el tercer trimestre se asocia con mayor índice de DPP. Es importante llevar a cabo estrategias de actividad física para prevenir problemas de salud mental.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>El efecto del contacto piel con piel en la depresión posoperatoria y la recuperación física de las parturientas después de una cesárea en el departamento de obstetricia y ginecología.</p>	<p>Ying Zheng et al. 22 de enero de 2022.</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado.</p>	<p>Cochrane</p>	<p>Efecto del contacto piel con piel en la DPP y la rehabilitación física de las mujeres que sufrieron una cesárea.</p>	<p>Se sugiere que el contacto piel con piel podría prevenir eficazmente la DPP en mujeres, promover la lactancia, aumentar la tasa de lactancia, facilitar la involución uterina y el dolor posparto.</p>
<p>El papel de los esquemas tempranos de mala adaptación en la DPP.</p>	<p>Deniz Deniz Ozturan et al 9 de febrero de 2023</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>CINHAL</p>	<p>Analizar la relación entre esquemas cognitivos desadaptativos tempranos y la aparición de DPP.</p>	<p>Se establece la asociación entre esquemas desadaptativos y el diagnóstico de DPP. Por lo tanto, es necesario evaluar dichos esquemas para determinar el riesgo de aparición de DPP.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>Síntomas psiquiátricos subumbrales como posibles predictores de DPP.</p>	<p>Amelia Rizo et al 15 de octubre de 2021.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>CINHAL</p>	<p>Se pretende explorar la relación entre trastornos mentales subliminales como predictores de DPP.</p>	<p>Algunos trastornos como la agorafobia, pánico, estado de ánimo deprimido, ansiedad social y problemas alimentarios se relacionan con la DPP a los 3-6 meses. Se considera crucial identificarlos para tratarlos y prevenir la DPP.</p>
<p>Correlaciones cognitivas del riesgo de depresión posparto en mujeres y los síntomas: la contribución de las creencias disfuncionales y los pensamientos negativos</p>	<p>Ana Fonseca y Maria Cristina Cannavaro. 29 de marzo de 2019</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>CINHAL</p>	<p>Explorar los procesos cognitivos en las mujeres que presentan factores de riesgo clínicos e interpersonales para la DPP.</p>	<p>Las mujeres con actitudes disfuncionales acerca de su maternidad (responsabilidad materna o inadaptación personal) presentan mayor riesgo de DPP. Es esencial la inclusión de variables cognitivas en la evaluación de los riesgos de DPP para lograr su prevención.</p>
<p>Relación entre el estado psicológico y las catecolaminas y serotonina urinarias en madres en el posparto de 1 mes.</p>	<p>Asuka Tokunaga et al 20 de diciembre de 2021.</p>	<p>Estudio Transversal</p>	<p>CINHAL</p>	<p>Examinar que indicadores objetivos pueden mostrar el estado mental de la madre. En este caso, las catecolaminas urinarias y la serotonina en el primer mes posparto.</p>	<p>Niveles altos de noradrenalina se relacionan con puntuaciones altas en la escala EPDS junto con otras variables psicosociales. La noradrenalina en orina parece estar relacionada con un mayor riesgo de DPP junto con otras variables como ser primípara o el apoyo social.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>¿La calidad de atención percibida modera la DPP? Un análisis secundario de una encuesta de dos etapas.</p>	<p>Bridget Frese Hutchins et al. 29 de noviembre de 2020.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>CINHAL</p>	<p>Conocer cómo afectan las percepciones de las propias madres sobre la calidad de los cuidados recibidos en el hospital durante el parto en la DPP.</p>	<p>La percepción de las madres de una buena calidad en los cuidados buena moderó factores de riesgo como el IMC anterior, el estado civil y el dolor en actividades rutinarias 2 meses después del parto. En conclusión, el trabajo de los profesionales sanitarios podría influir en el bienestar mental de las madres durante su estancia hospitalaria.</p>
<p>Relación entre DPP y variables psicológicas y biológicas en el posparto inicial.</p>	<p>Dolores Marín Morales et al. 8 de febrero de 2018.</p>	<p>Estudio de Cohorte.</p>	<p>CINHAL</p>	<p>Predecir como afecta los síntomas de ansiedad y depresión a las 24h de posparto en la aparición de DPP a los 4 meses. También se analiza cómo influye el nivel de estradiol en el estado de ánimo en el posparto.</p>	<p>Los síntomas depresivos y de ansiedad en el posparto se correlacionan mutuamente. El único indicador demostrado que se relaciona directamente con sufrir depresión a los 4 meses. es presentar depresión a las 24 h No se encuentra relación entre el nivel de estradiol y la DPP.</p>
<p>La hemodilución gestacional como factor de riesgo putativo para la DPP: un estudio de cohorte longitudinal nacional a gran escala.</p>	<p>Eldar Hochman et al. 15 de marzo de 2023.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>BVS</p>	<p>Asociación entre DPP y hemodilución gestacional representada por la disminución del hematocrito.</p>	<p>Los resultados mostraron que a mayor nivel de hemodilución en el embarazo, mayor riesgo de DPP. Se concluye, la necesidad de control del hematocrito gestacional como biomarcador de DPP.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>Niveles séricos de oxitocina y hormona liberadora de corticotropina en el tercer trimestre del embarazo para predecir la DPP en mujeres tailandesas.</p>	<p>Awirut Oon- arom et al. Febrero de 2023.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>BVS</p>	<p>Analizar si los niveles séricos de oxitocina o de hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el tercer trimestre de embarazo tienen relación con la DPP tras 6 semanas de parto.</p>	<p>Los niveles de oxitocina no variaron significativamente entre mujeres con y sin DPP, pero si se consideraron predictores los niveles de CRH. Niveles altos de CRH al final del embarazo se relacionaron con DPP a las 6 semanas posparto. Esta relación se fortalece cuando concurren otras variables como el estrés en el embarazo.</p>
<p>Los rasgos de personalidad limítrofe se asocian de manera diferente con la psicosis posparto y los episodios de DPP en mujeres con trastorno bipolar.</p>	<p>Marisa Casanovas Días et al 1 de mayo de 2023.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>BVS</p>	<p>Conocer si los rasgos del trastorno límite de personalidad se asocian con otros trastornos psiquiátricos en el embarazo y posparto.</p>	<p>Las mujeres con mayor puntuación en la escala BEST (trastorno límite de personalidad) se asociaron con mayor posibilidad de tener un episodio depresivo no psicótico en el posparto.</p>
<p>Rasgos de personalidad como factor de riesgo de DPP; revisión sistemática y metaanálisis.</p>	<p>Meritxell Puyané et al. 1 de febrero de 2022.</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis.</p>	<p>BVS</p>	<p>Determinar que rasgos de la personalidad se vinculan con la DPP</p>	<p>El neuroticismo se asoció significativamente con la DPP. También el estilo de personalidad vulnerable y la ansiedad se relacionaron con la DPP.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>Predicción de los síntomas depresivos posparto a partir de factores biopsicosociales del embarazo; Una investigación longitudinal utilizando modelos de ecuaciones estructurales.</p>	<p>Verónica Martínez-Borba et al. 14 de noviembre de 2020.</p>	<p>Estudio de cohorte</p>	<p>BVS</p>	<p>Examinar como contribuyen un conjunto de factores biopsicosociales en la probabilidad de sufrir DPP.</p>	<p>La edad, el afecto positivo, la ambivalencia afectiva y la depresión en el embarazo se asociaron con la DPP.</p>
<p>Factores de riesgo de DPP y síntomas depresivos: revisión general de la evidencia actual de revisiones sistemáticas y metanálisis de estudios observacionales.</p>	<p>Chiara Gastaldón et al. 27 de enero de 2022.</p>	<p>Revisión sistemática y metanálisis.</p>	<p>BVS</p>	<p>Examinar la evidencia disponible sobre los factores de riesgo en la DPP.</p>	<p>De todos los estudios evaluados se concluyó que el síndrome premenstrual fue el factor que mostró mayor asociación con la DPP seguido de las experiencias violentas y el embarazo no deseado. Mientras que no se encontró asociación con la concepción por reproducción asistida y la analgesia epidural intraparto.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>Las condiciones de trabajo precarias y el estrés laboral psicosocial actúan como factor de riesgo para los síntomas de DPP durante la licencia de maternidad: resultados de un estudio de cohorte longitudinal.</p>	<p>Msrlene Karl et al 6 de octubre de 2020</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>BVS</p>	<p>Conocer el impacto de las condiciones laborales precarias y el estrés que esto produce durante el embarazo con la sintomatología de DPP.</p>	<p>El trabajo y la privacidad, la baja recompensa y las condiciones precarias se relacionaron con síntomas de DPP. El estrés laboral psicosocial y las condiciones de trabajo precarias se relacionan negativamente con la salud mental materna y actúan como factores de riesgo en la DPP.</p>
<p>¿El síndrome premenstrual antes del embarazo aumenta el riesgo de DPP? Hallazgos del estudio longitudinal australiano sobre la salud de la mujer.</p>	<p>Sifan Cao et al 15 enero de 2021.</p>	<p>Estudio de cohorte</p>	<p>BVS</p>	<p>Establecer relación entre el síndrome premenstrual y la DPP.</p>	<p>Los resultados mostraron que, a mayor cantidad de veces que se ha sufrido el síndrome premenstrual antes del embarazo mayor probabilidad de sufrir DPP y la historia de depresión previa no afectó a esta asociación.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>El parto de un feto/ placenta con alta producción de esteroides gonadales contribuye a los síntomas depresivos posparto</p>	<p>Saya Kikuchi et al 4 de enero de 2021</p>	<p>Estudio de cohorte</p>	<p>BVS</p>	<p>Conocer el mecanismo de cómo se relacionan los esteroides gonadales y los síntomas de DPP.</p>	<p>Se demostró correlación entre el parto de una placenta/ feto con alta producción de esteroides gonadales con una amplia fluctuación en las concentraciones de esteroides en el plasma materno y los síntomas depresivos posparto.</p>
<p>Antecedentes de enfermedades endocrinas y el riesgo de DPP.</p>	<p>Marie- Louise H. Rasmussen et al 21 de diciembre de 2022.</p>	<p>Estudio de cohorte.</p>	<p>BVS.</p>	<p>Estudiar si las mujeres con enfermedades endocrinas previas tienen un mayor riesgo de padecer DPP.</p>	<p>Los resultados mostraron que las mujeres con antecedentes de patología endocrina tenían un 42% de mayor riesgo de tener DPP en comparación con mujeres sin antecedentes.</p>
<p>La Asociación entre la intención de embarazo, el uso de tratamientos de fertilidad y la DPP.</p>	<p>Gabriela A. Peluquero y Julia R. Steinberg.</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p>BVS</p>	<p>Explorar si los síntomas de DPP varían según cual sea la intención de embarazo y el uso de tratamientos de fertilidad.</p>	<p>Se mostró que, las mujeres con embarazos espontáneos y mujeres con embarazos no deseados tenían mayor posibilidad de sufrir síntomas de DPP. Las mujeres que habían recibido tratamiento de fertilidad no presentaron mayor probabilidad de padecer síntomas graves de DPP. Tener un embarazo no deseado aumentó el riesgo de aparición de síntomas graves de DPP. Según el tratamiento empleado de fertilidad varía el riesgo de síntomas graves.</p>

Factores predisponentes a la depresión posparto

<p>La importancia de las prácticas de lactancia materna en el riesgo de DPP.</p>	<p>Christine Toledo et al.</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>BVS</p>	<p>Determinar la relación entre las conductas relacionadas con la lactancia y el riesgo de sufrir DPP, controlando los factores de riesgo significativos.</p>	<p>Mujeres que amamantan actualmente y que han amamantado durante mayor tiempo tienen menos riesgo de sufrir DPP en comparación con el resto. La lactancia materna es una práctica saludable y rentable que disminuye la DPP por lo que debe ser promovida.</p>
---	--------------------------------	----------------------------	------------	---	--

Fuente: Elaboración propia

5. Discusión

Para realizar la discusión de los resultados obtenidos, se clasifican los factores de riesgo según su etiología en tres grupos: factores biológicos, factores psicológicos y otros factores relacionados. Una vez abordado el objetivo principal y clasificados los factores que predisponen a la DPP, junto con la explicación y análisis de cada uno de ellos, se procede a explicar los resultados obtenidos respecto a los objetivos secundarios para así conocer cuál de estos tres grupos tiene más influencia en el desarrollo de la patología y por último, que factores protectores se han encontrado.

5.1 Factores biológicos

Entre los factores biológicos que han demostrado mayor influencia en la aparición de depresión posparto se encuentra en primer lugar, la mala **calidad del sueño**. Así pues, según Okun et al., (27) las madres con problemas de sueño presentaron mayores síntomas de depresión posparto a los 6 meses. La evidencia muestra que, las alteraciones del sueño en el puerperio son frecuentes y suelen atribuirse a molestias físicas y mentales. También se defiende que debido al desequilibrio hormonal y la inflamación podrían aparecer problemas de sueño cuyo efecto puede dar lugar a trastornos mentales leves, aunque existe un porcentaje alto de mujeres que derivan en sintomatología depresiva grave (27). Otros estudios también refieren que la mala calidad del sueño se asocia con peor calidad de vida, disminución de la atención en las actividades de la vida diaria y bajo nivel de bienestar en general lo cual causa estrés y depresión. (26)

Entre otros factores biológicos encontrados en la literatura por la revisión realizada por Xiao-hu et al. (26) se identifica la **diabetes gestacional**. En su estudio encontraron un aumento considerable del riesgo de sufrir DPP en madres con esta patología. Aunque no se especifica en la revisión el mecanismo exacto, se define como un evento vital estresante que predispone a la depresión. En este estudio las autoras defienden que la resistencia a la insulina podría ser un mecanismo explicativo del inicio de la depresión, ya que aumenta la producción de ciertos mediadores biológicos que interfieren, como las citocinas proinflamatorias junto la desregulación del eje hipotálamo- pituitario- suprarrenal (26). También el estudio realizado por

Rasmussen et al. (38) reporta conclusiones similares afirmando que las mujeres con enfermedades endocrinas como la diabetes gestacional, tienen menor capacidad para autorregular la retroalimentación hormonal, por lo que parece que se vea aumentada su susceptibilidad a la DPP (38).

Xiao- hu et al (26) proponen otros factores biológicos como factores de riesgo para la DPP, como es el ejemplo de la **deficiencia de vitamina D**. En su estudio refieren que con niveles séricos menores a 50 nmol/L se aumenta 2,67 veces el riesgo de sufrir DPP. La vitamina D reduce el mediador de la respuesta inflamatoria en mujeres embarazadas y un cambio en esta respuesta y en las citocinas se ha visto asociado a la DPP. (26). Por último, este estudio incluye **la obesidad y el sobrepeso** como factores de riesgo asociados a la DPP, donde también parece mediar la **insatisfacción con la imagen corporal** en la aparición de los síntomas depresivos. Con una obesidad tipo II o III, es decir con un IMC mayor a 35 Kg/m², se observó una relación significativa con la sintomatología depresiva. Las autoras justifican que la obesidad aumenta el estrés, la respuesta inflamatoria y por lo tanto, el riesgo de DPP (26).

Del mismo modo, también la revisión realizada por Olveria da Cruz et al. (28) defiende que los mecanismos intrínsecos de la obesidad y la DPP están íntimamente asociados. En este estudio de revisión reportan que las mujeres obesas tienen un 32% más de probabilidad de sufrir depresión tras su parto que las mujeres con peso normal. En este caso, también se hace referencia la alteración en los procesos inflamatorios que sufren las mujeres en la etapa perinatal. Refieren que los procesos inflamatorios relacionados con los tejidos gestacionales como la placenta podrían provocar un aumento de citoquinas y ácidos grasos libres, afectando a regiones cerebrales como el hipocampo o áreas corticales que están íntimamente ligadas a la DPP. Además, refieren que estos procesos inflamatorios también provocan niveles altos de quinurenina que está asociada a la degradación del triptófano, limitando así la producción de serotonina. (Véase Anexo VII) (28)

Por otro lado, Dayan et al. (29) reportan resultados similares analizando el efecto de la obesidad en mujeres con distintos pesos en la aparición de DPP. Sus resultados mostraron que solo el aumento de peso en el tercer trimestre presentaba una relación significativa con la DPP,

determinando que cada kilogramo ganado en el tercer trimestre aumentaba en 0,17 veces la probabilidad de depresión posterior (29).

Otro de los factores de riesgo reportados por algunos de los estudios de esta revisión es **la anemia posparto**. Así pues, en el estudio de Xiao- hu et al (26) comentado anteriormente, los autores refieren que el hierro es esencial para la formación de la mielina, para el metabolismo y la adecuada función de los neurotransmisores y de procesos celulares y oxidativos de las neuronas pudiendo estar todos estos mecanismos influyendo en la salud mental materna (26). También, Maeda et al. (30) analizaron los niveles de hemoglobina de las mujeres de su estudio en el segundo y tercer trimestre de embarazo y en el posparto, determinando que la anemia y los niveles bajos de hemoglobina en el posparto se asociaba con la DPP, mientras que no se encontró asociación cuando la anemia y los niveles bajos de hemoglobina se daban en el segundo y tercer trimestre de embarazo. Los autores apuntan que la anemia en el posparto podría tener un impacto negativo también en otros aspectos, causando complicaciones en la lactancia o en el cuidado del recién nacido que junto a la falta de hierro asociada a la anemia, podría favorecer la aparición de DPP (30).

En la misma línea de trabajo, Hochman et al. (31) describe como afecta **la hemodilución gestacional** en la transición del primer al segundo trimestre de embarazo y su relación con la DPP. En su estudio los autores miden la hemodilución a partir de los niveles de hematocrito y de la albúmina materna, que refleja indirectamente el volumen plasmático en el embarazo y por lo tanto la hemodilución. De este modo, concluyeron que la aparición de DPP fue más prevalente en las mujeres que presentaban mayor hemodilución comparadas con las mujeres con hemodilución más baja. (31)

El estudio de Xiao- hu et al (26) añade que existe evidencia respecto a determinados **marcadores genéticos y epigenéticos** como factores de riesgo para la DPP según la literatura son el gen BDNF cuando el puerperio transcurre en otoño e invierno y los genes OXT y OXTR ante adversidades infantiles experimentadas. (26)

En la revisión realizada por Caropreso et al. (32) se identifica **la preeclampsia** como factor de riesgo para la aparición de DPP. Se identifica mayor prevalencia y gravedad de los síntomas depresivos a los 2 meses tras el parto y en el primer año en mujeres que tenían preeclampsia.

Según los autores, esta asociación se pueda explicar por una parte, debido a la relación entre sufrir preeclampsia en el embarazo y el aumento del riesgo de complicaciones obstétricas y en el recién nacido, las cuales pueden ser desprendimiento de placenta, parto prematuro o incluso muerte fetal. Todas estas consecuencias podrían entenderse como factores de estrés que incrementarían la vulnerabilidad de las mujeres a experimentar síntomas depresivos. Por otra parte, la preeclampsia produce reacciones inflamatorias intravasculares por la activación endotelial aumentada. Esta respuesta inmunitaria exacerbada, con el aumento de citocinas proinflamatorias, células TH1 y natural killer junto el estrés oxidativo y nitrosativo se relacionaría con la sintomatología depresiva en el posparto. Además, podría sumarse otra vía etiológica relacionada con el aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica afectando a la funcionalidad de los neurotransmisores y neuronas implicadas en la regulación del estado de ánimo. (32)

En el estudio longitudinal realizado por Koric et al. (33) se estudiaron mujeres con diagnóstico de síndrome de **ovario poliquístico (SOP)** y otros síntomas irregulares de acné o hirsutismo para conocer como afectaba en el desarrollo de DPP. En su estudio estos autores determinaron un riesgo un 76% más alto de DPP en las mujeres con SOP que en el resto. Además, la prevalencia estaba igualmente más aumentada en mujeres, que aunque no tenían diagnóstico de SOP, si presentaban hirsutismo o acné. Los autores concluyen que la depresión y ansiedad antes del embarazo median esta relación, por lo que es importante evaluar la existencia de trastornos anteriores a la etapa de embarazo en mujeres con diagnóstico de SOP (33). También el estudio de Rasmussen et al. (38) concluyó que, en las mujeres con antecedentes de **enfermedades endocrinas** como el SOP podían tener hasta un 40 % de mayor riesgo de sufrir DPP.

Otro de los factores considerado de riesgo para la DPP es el nivel **de CRH** al final del embarazo propuesto por los autores Oon- Arom et al. (34). En su estudio estos autores mencionan que los niveles altos de CRH se relacionaban con la DPP y más, sumando un factor del estrés. Sin embargo, no encontraron una asociación significativa entre la oxitocina y los síntomas depresivos. Los autores proponen que ante un evento estresante, aumenta la CRH liberada por el eje hipotálamo- Pituitario- Suprarrenal, lo que se traduce en un aumento del nivel de cortisol, cuyos niveles altos se asocian con la DPP. En el embarazo, se libera una gran cantidad de CRH placentaria, por lo que aumenta el cortisol y alcanza unos altos niveles comparables a los que

se han reportado para algunos casos de depresión severa. Finalmente concluyen que, a pesar de ser un buen indicador, se desconoce los niveles exactos con los que se desencadenaría la cascada de factores que producirían la depresión (34).

Por otro lado, en la revisión realizada por Gastaldón et al. (36) se propone **el síndrome premenstrual** como un factor de riesgo elevado para la DPP. Así pues, parece que las mujeres que presentan este síndrome sufren fluctuaciones hormonales en el periodo premenstrual y en mayor medida en el posparto, que podría contribuir a incrementar su vulnerabilidad a las alteraciones emocionales y su predisposición a sufrir DPP. (36)

En esta misma línea, Cao et al. (35) llevaron a cabo un estudio longitudinal con el mismo objetivo en mujeres australianas. Estas autoras coinciden en sus resultados y concluyen que, las mujeres con síndrome premenstrual antes del embarazo tienen el doble de probabilidad de sufrir DPP que aquellas que no lo padecían. Como se ha explicado, el síndrome premenstrual predispone a mayor sensibilidad afectiva donde la progesterona y el estrógeno tienen un papel importante en la regulación del ánimo, de sistemas biológicos y redes neuronales. Cuando se producen cambios a este nivel, se produce una desregulación afectiva que provocaría síntomas depresivos. Los niveles de ambas hormonas descienden en la fase lútea y tras el parto, por lo que mujeres que ya eran sensibles a las fluctuaciones tienen mayor probabilidad de sufrir depresión. (35)

Como se expone, dentro de los factores biológicos, aquellos que afectan los niveles hormonales de la mujer tienen una elevada importancia. Así ocurre con el uso de **anticoncepción hormonal**, especialmente ocurre con el fármaco llamado enantato de noretisterona que demostró aumentar el riesgo de DPP dos o tres veces más que en aquellas mujeres que no lo empleaban. Además del anterior, se probó que cuando se empleaban píldoras de progestágeno no combinado el proceso era similar. Sin embargo, los resultados no son aplicables a la práctica por no existir una asociación clara acerca del tema, ya que la relación solo ocurre en esta pareja de fármacos, pero no en el resto de los anticonceptivos. (26)

Es más, se demostró que el riesgo era mínimo cuando se empleaba un DIU o un anillo vaginal y no existía asociación con el uso de implantes de progestina, progestina inyectable ni con métodos hormonales combinados y además, se destaca en otras revisiones, que al contrario de

los resultados anteriores, el progestágeno no combinado actuaba protegiendo frente a la DPP. (50)

Otro tipo de fármacos, aquellos empleados para aumentar la fertilidad, también se describen en la literatura como factores de riesgo en la DPP. En comparación con las madres que optaron por una inseminación artificial, los síntomas depresivos eran mayores en las que emplearon medicamentos para ser más fértiles. Entre estos medicamentos se encuentra el citrato de clomifeno que actúa sobre el hipotálamo, el cual es el encargado de regular las emociones. Al contrario, las gonadotropinas usadas en la inseminación actúan estimulando los ovarios y no sobre el cerebro. (53)

Siguiendo con los estudios que abogan por las fluctuaciones hormonales de la mujer como factores de riesgo para la DPP, Kikuchi et al. (37) analizaron el nivel en sangre **de esteroides gonadales** (estradiol, progesterona y testosterona) a través de la sangre umbilical de la díada madre-bebé. Las autoras encontraron una asociación entre altos niveles de esteroides gonadales durante el embarazo y, por el contrario, baja concentración plasmática de progesterona, estradiol y testosterona en los tres días tras el parto con síntomas de depresión en el mes posterior. No obstante, los resultados en el estradiol y la testosterona no alcanzaron umbrales significativos. En cuanto a la progesterona, solo se observó en mujeres primíparas, lo cual podría explicarse por la exposición inicial que sufren estas mujeres a los cambios drásticos en las hormonas gonadales durante los primeros días posparto. También encuentran en el estudio relaciones entre el bajo peso de la placenta y síntomas depresivos al mes posparto. (37)

Por último, los autores Tokunaga et al. (39) analizaron **el nivel de catecolaminas en orina en el primer mes postparto**, las cuales son equitativas a los niveles en sangre. Tras el análisis, concluyeron que solo el nivel de noradrenalina tiene una relación positiva con la depresión posparto. En general, durante el posparto, los niveles de neurotransmisores como la serotonina o dopamina están aumentados. Es por eso, que solo existía una relevante asociación con la noradrenalina, que aparecía considerablemente aumentada en mujeres con depresión posparto. (39)

Contextualizando este último hallazgo, se remonta a la teoría definida por Selye (1978), quien asegura que ante una situación de estrés, se activa el sistema nervioso simpático existiendo tres

respuestas: fase de advertencia, de resistencia y de agotamiento. Durante las dos primeras existe una activación, con aumento de los neurotransmisores y posteriormente, ante la vulnerabilidad por el estrés, aparece la depresión. Por lo tanto, los niveles aumentados de noradrenalina en orina son la respuesta directa al factor estresante. (39)

5.2 Factores psicológicos

En esta revisión se han incluido diversos estudios que reportan diferentes factores de riesgo de carácter psicológico para la DPP.

Por ejemplo, Tebeka et al. (40) sugieren que **la historia de trastornos psiquiátrico** se relaciona con la DPP de inicio temprano y tardío. En este estudio también se reporta que el intento de suicidio y la depresión anterior aumentan doblemente este riesgo. (40)

Además, otros trastornos como fobia específica, agorafobia, ansiedad social, ansiedad generalizada, trastorno mental por uso de sustancias o trastorno de pánico también afectan considerablemente al riesgo de desarrollar DPP y lo mismo ocurre cuando existen antecedentes familiares de trastornos de estado de ánimo. (56)

En esta misma línea, la revisión realizada por Xiao- hu et al. (26) incluyen los factores de riesgo con mayor evidencia en la literatura. Así pues, concluyen que la depresión en etapas anteriores de la vida se asocia con la depresión en el periodo posparto. También la tristeza maternal o baby blues se relacionan positivamente y más cuando se trata de madres jóvenes. Del mismo modo, en esta revisión se refiere que cuando se analiza la existencia de traumas como violencia y abusos anteriores (factores que abordaremos en el apartado de factores sociales), estos crean una mayor sensibilidad psicológica que conlleva a un riesgo aumentado para la aparición de DPP (26).

Por otra parte, el trabajo de Ozturan et al. (29) analiza la contribución de los **esquemas cognitivos desadaptativos** de las mujeres en la aparición de la DPP. Los autores sugieren que los esquemas desadaptativos relacionados con ideas pesimistas, vulnerabilidad, aislamiento social, búsqueda de aprobación, insuficiente autocontrol, privación emocional o sensación de

fracaso, podrían tener su origen en situaciones traumáticas en la infancia que podrían influir en las creencias negativas acerca de la maternidad favoreciendo la aparición de la DPP (29).

Uno de los factores de riesgo con mayor respaldo empírico en el desarrollo de los trastornos depresivos son los **factores de personalidad**. En este sentido, Puyané et al. (58) reporta que el neuroticismo es un factor de riesgo considerable para la aparición de DPP. Las personas con puntuaciones altas en neuroticismo experimentan intensas emociones negativas frente a situaciones de estrés, de este modo, se perciben a sí mismas como ineficaces a la hora de afrontar situaciones estresantes, por lo que aumenta su preocupación y evitación. Los autores refieren que las mujeres con alto neuroticismo podrían tener mayores dificultades frente la vivencia del embarazo y el parto, En esta misma línea de resultados Casanova- Días et al. (57) reportan que **los rasgos de personalidad limite en mujeres con diagnóstico de trastorno bipolar** parecen ser decisivos, presentando mayor probabilidad de sufrir DPP no psicótica, mayoritariamente cuando se trata de trastorno bipolar tipo II.

Por otra parte, el estudio transversal realizado por Fonseca et al. (42) reporta que determinados comportamientos disfuncionales podrían ser factores de riesgo para la DPP. Así pues, en su estudio aquellas mujeres con mayor riesgo para la DPP presentaron mayores **comportamientos disfuncionales** relacionados con la maternidad, pensamientos generales negativos y menos pensamientos positivos, creencias disfuncionales acerca de su responsabilidad y mayor inadaptación personal que aquellas mujeres que tenían menor riesgo de sufrir DPP (42).

Por su parte, Marín-Morales et al. (43) defienden que con una adecuada regulación emocional en el posparto inmediato podría prevenir la depresión a los 4 meses del posparto. En su estudio comprobaron que las mujeres españolas que participaron en su investigación y presentaban **síntomas de ansiedad y depresión iniciales**, mostraban una peor adaptación en el posparto inmediato, lo que parecía aumentar la probabilidad de que se amplifique la sintomatología y que pudiera aparecer depresión a los 4 meses del posparto (43).

Finalmente, el estudio de Martínez- Borba et al. (44) refiere que los factores de riesgo de la DPP requieren un enfoque biopsicosocial para poder explicar cómo estos contribuyen a la aparición de la DPP. Según sus resultados, la **sintomatología depresiva prenatal** y la edad mostraron ser predictores de DPP. No obstante, también **presentar mayor ambivalencia**

afectiva sobre el embarazo, un mayor afecto negativo y menor afecto positivo en el embarazo mostraron estar asociados a la DPP (44).

5.3 Otros factores de riesgo

En los estudios incluidos en esta revisión se han encontrado numerosos factores de carácter sociodemográfico, psicosocial, obstétrico o de estilo de vida relacionados con la DPP los cuales se presentan a continuación

Factores sociodemográficos

A pesar de que **la edad** se puede considerar un factor biológico, se debe tener en cuenta el proceso por el cual actúa como factor de riesgo sociodemográfico para la DPP. Las autoras Martínez- Borba et al. (44) reportan en su trabajo que la edad, junto a la depresión durante el embarazo, eran predictores de la DPP. Así pues, refieren que las mujeres de mayor edad podrían verse influenciadas por expectativas menos realistas sobre la maternidad y presentar mayores dificultades relacionadas con la conciliación laboral, doméstica y la maternidad. Del mismo modo, también presentan mayores complicaciones obstétricas y perinatales junto con un menor apoyo social. Todo esto podría contribuir a la aparición de síntomas de DPP (44).

Por otro lado, en un estudio de cohortes prospectivo, realizado por Karl et al (52), se relacionan **las condiciones de trabajo precarias y el conflicto trabajo-privacidad** con la DPP, encontrando resultados que demuestran la existencia de asociación de manera individual entre ambas entidades con los síntomas de DPP. Los autores concluyen que las condiciones laborales precarias como los bajos sueldos, impactan negativamente a lo largo de la maternidad. Ocurre lo mismo cuando se percibe un desequilibrio entre el esfuerzo realizado y la recompensa recibida. Estos fenómenos se asocian con la aparición de agotamiento y de sintomatología DPP (52).

Cabe añadir que el trabajo de Xiao- hu et al. (26) incluye el **estado de migración** como factor de riesgo para la DPP. A pesar de que hay estudios realizados en Estados Unidos y Canadá que no encontraron asociación, este estudio informa que las mujeres en situación migratoria podrían ser más vulnerables a la DPP por circunstancias como el bajo apoyo social, no hablar el idioma,

el bajo nivel económico, la aculturación y la condición de legalidad en la cual están en el país (26).

Eventos estresantes: violencia

El trabajo de revisión de Xiao- hu et al. (26), que ya se ha comentado en líneas anteriores, también incluyó factores de riesgo relacionados con eventos estresantes, como es el caso de la violencia de género. Así pues, esta revisión concluye que, el riesgo de DPP aumenta en presencia de **violencia de género** en un 43%, aumentando más aún si se ha sufrido durante el embarazo. No obstante, se ha demostrado que independientemente del tipo de violencia padecida, el riesgo de DPP se ve aumentado al doble. Asimismo, las autoras refieren que los episodios de violencia sufridos podrían incrementar la vulnerabilidad de las mujeres a padecer trastornos mentales (26)

Además, en el estudio observacional realizado por Martínez-Vázquez et al. (45) analizaron la relación entre la percepción de las mujeres españolas sobre haber sufrido **violencia obstétrica** y la DPP. Las autoras encontraron mayor riesgo de depresión en las mujeres que referían haber padecido violencia obstétrica verbal (descalificación, trato verbal no apropiado, crítica a las emociones de la mujer, cuestionamiento de las opiniones y malas habilidades de comunicación) y psicoafectiva (impedir la presencia de una persona de apoyo para la mujer, no tener contacto con el bebé tras el parto, sentimientos de inutilidad por falta de colaboración e inseguridad, falta de respeto, abuso y trato no adecuado en la asistencia al parto) (45).

Por su parte, los autores Mahenge et al. (46) realizaron su estudio en una población de mujeres africanas analizando la relación entre las **experiencias adversas en la infancia** de tipo sexual y físicas y la **violencia por parte de la pareja** con la DPP. Sus resultados mostraron que el riesgo aumenta considerablemente cuando coexistían las dos condiciones (violencia en la infancia y violencia por parte de la pareja) (46).

En la misma línea, en un estudio realizado por Tebeka et al. (40) se compararon los factores de riesgo asociados a la DPP de inicio temprano y tardío y temprano. Los autores concluyeron que los antecedentes personales de abuso sexual en la infancia (junto con otros factores como ser soltera, tener bajo nivel educativo, visitas al servicio de urgencias, problemas de relación de

pareja durante el embarazo) se asocian con este inicio precoz de la DPP mientras que el abuso emocional en la infancia (junto a otros factores como eventos estresantes, desempleo y consultas a servicios de emergencias) se asociaban a la DPP de aparición tardía (40).

En resumen, la evidencia encontrada en los estudios revisados respalda que sufrir violencia se relaciona de manera importante con la DPP y se establece como uno de los factores de riesgo principales independientemente de cuando se inicia o detecta la patología (36).

Hábitos de Salud

Siguiendo con el resto de los factores encontrados en los estudios revisados, se ha encontrado que también los hábitos de vida parecen estar asociados a la DPP. Por ejemplo, Van der Waerden et al. (47) encontraron una asociación significativa de la DPP con el **sedentarismo en el tiempo libre y la realización de actividades en el hogar y cuidado**, usando los resultados de dos cohortes prospectivas de mujeres desde el embarazo. Así pues, los autores refieren que según sus resultados, cuando el sedentarismo y el trabajo doméstico aumentado se dan en el tercer trimestre de embarazo existe una mayor probabilidad de sintomatología depresiva en los dos meses posparto. Asimismo, determinan que cada 30 minutos de actividad doméstica adicional de intensidad moderada aumenta un 10% en el riesgo de depresión. Las actividades del hogar, comparadas con aquellas que se hacen en el tiempo libre, pueden resultar estresantes y causar un gran gasto energético contribuyendo a la aparición de síntomas depresivos. A más trabajo doméstico costoso, mayor grado de depresión. (47)

Por otra parte, el **tabaquismo** también se ha considerado un factor de riesgo para la DPP. Los autores Yook et al. (51) en su estudio demuestran que el tabaquismo durante toda la vida de la mujer se acumulaba con el paso de los años, predisponiendo a esta a desarrollar DPP durante los dos años posteriores al parto. En este estudio se reporta que las mujeres fumadoras antes del embarazo tienen una mayor probabilidad de desarrollar DPP, siendo aquellas que fumaban más de diez paquetes al año las que presentan un mayor riesgo. No obstante, encontraron que a más cigarros fumados mayor era el riesgo, incluso con el consumo de solo dos paquetes al año ya se vio aumentado el riesgo, y fumar más de 15 cigarros al día antes del embarazo lo dobla. Por

lo tanto, estos autores proponen que el mejor predictor podría ser el número de cigarrillos en vez de la duración del hábito tabáquico. (51)

Factores psicosociales

El apoyo social podría ser uno de los factores más importantes cuando hablamos de DPP puesto que existe notable evidencia que lo respalda. Así pues, el trabajo de Xiao- hu et al. (26) incluye el bajo apoyo social y la mala relación con la pareja y familiares como importantes factores de riesgo asociados a la DPP (26).

Otro de los factores de riesgo reportado por los estudios revisados es la experiencia de un **embarazo no deseado**. El estudio de Gastaldon et al. (36) mostró que la aparición de DPP aumenta el doble en mujeres con un embarazo no deseado. Este fenómeno puede experimentarse como un evento estresante, aumentando así los niveles de estrés que activan el eje hipotálamo- pituitario- suprarrenal con incremento de la liberación de glucocorticoides e influyendo en las funciones psicológicas maternas. Además, estas mujeres sin una planificación previa del embarazo pueden no sentirse preparadas ni implicadas por su salud y la del bebé. Pueden sentir conflictos emocionales contradictorios sobre si continuar o no con el embarazo y al no ser conocedoras de la situación al inicio, no asisten a las consultas de atención prenatal o lo hacen más tarde (36).

Atención y cuidados obstétricos

Según la revisión realizada por Xiao- hu et al. (26) el modo de parto también influye en la aparición de los síntomas de DPP, siendo la **cesárea** un indicativo de DPP con un aumento del riesgo en un 60%. No obstante, parece que el tipo de cesárea podría influir de manera diferente. Las autoras refieren que este riesgo aumenta más si se trata de cesárea de emergencia. Sin embargo, cuando se trata de cesárea electiva en algunos estudios no se encuentra ninguna diferencia respecto a las mujeres que dan a luz por parto vaginal, mientras que otros lo siguen considerando de riesgo (26).

En cuanto aquellos factores asociados al nacimiento y al lactante, en este mismo estudio de revisión se encontraron que la mala experiencia de parto, los partos múltiples, los bebés prematuros y con bajo peso al nacer se asocian con mayor riesgo de que la madre sufra DPP (26). Sin embargo, el piel con piel tras el nacimiento es esencial para la salud física y emocional de la diada madre-bebé. Separar al bebé de su madre resulta en un aumento de la tensión emocional para la madre, con sentimientos de impotencia, decepción y desamparo que podrían estar relacionados con la DPP (26). Otros estudios revisados reportan resultados en la misma línea, demostrando también que, el contacto piel con piel en lugar de los **cuidados de rutina** en mujeres tras una cesárea tenía resultados positivos con un menor riesgo de DPP, entre otros efectos beneficiosos. Las mujeres que recibían cuidados rutinarios muestran unas mayores tasas de dolor posparto y empeoramiento del bienestar emocional con síntomas depresivos en el puerperio. Experimentaban un retraso en la recuperación del estado general tras la cirugía como por ejemplo mayor número de días para lograr la involución uterina. Tras el contacto piel con piel existe una estimulación hormonal positiva en las mujeres parturientas que favorece el establecimiento del vínculo único y decisivo para la salud mental materna (48).

Por último, otros de los estudios revisados refieren que **la calidad percibida de los cuidados y la atención** recibida influyen y se combinan con otras variables para predecir la aparición de DPP, por lo que es primordial prestar atención a los cuidados adecuados y el apoyo que se ofrece por parte del equipo de profesionales sanitarios para no aumentar este riesgo, sobre todo en mujeres que presentan vulnerabilidad a la aparición de trastornos emocionales. (49)

Para finalizar, se muestra una tabla donde de forma resumida, se incorporan todos los factores encontrados en la literatura que influyen en la aparición de la depresión posparto.

Tabla 4: Factores de riesgo encontrados en la literatura.

Factores biológicos	Factores psicológicos	Otros
Calidad de sueño	Historia de trastornos psiquiátricos	Sociodemográficas: Edad y condiciones laborales precarias e inmigración.
Diabetes gestacional	Esquemas cognitivos desadaptativos	Violencia: Violencia de género, experiencias adversas en la infancia y violencia obstétrica.
Déficit de Vitamina D	Factores de la personalidad	Hábitos de salud: sedentarismo en el tiempo libre, actividades en el hogar y tabaquismo.
Obesidad y sobrepeso	Rasgos de personalidad límite en mujeres con diagnósticos de trastorno bipolar.	Psicosociales: apoyo social y embarazo no deseado.
Anemia posparto	Comportamientos disfuncionales	Atención y cuidados obstétricos: Cesárea, no realizar un piel con piel y la calidad percibida de los cuidados.
Hemodilución gestacional	Síntomas de ansiedad y depresión prenatales e iniciales	

Factores predisponentes a la depresión posparto

Marcadores genéticos	Ambivalencia afectiva: mayor afecto negativo y menos positivo.	
Preeclampsia		
Síndrome del ovario poliquístico		
Nivel CRH tras el embarazo		
Síndrome premenstrual		
Catecolaminas en orina		
Anticoncepción hormonal		
Medicamentos que aumentan la fertilidad		

Fuente: Elaboración propia.

5.4 Objetivos secundarios

5.4.1 Grupo de factores con mayor influencia en la depresión posparto

Una vez conocidos todos aquellos factores de riesgo que afectan en la aparición de depresión posparto en cualquier momento del puerperio, se precisa conocer que grupo de factores contribuyen en mayor medida, para así poder detectarlos en las mujeres y priorizar estrategias para su prevención durante el periodo prenatal, el embarazo o el puerperio.

En primer lugar, tras el análisis de los números estudios encontrados se clasifican los factores en tres grupos: Biológicos, Psicológicos y Otros (sociodemográficos, violencia, hábitos de salud, psicosociales, atención y cuidados obstétricos).

En las revisiones empleadas, se analiza la literatura para conocer aquellos factores que más influencia basándose en los estudios de calidad que incluyen. En este sentido, en la revisión realizada por Xiao- Hu al. (26) concluyen que existen 13 factores, ya descritos con anterioridad, que intervienen en la aparición de la DPP. De estos, los que demuestran una mayor asociación son: la violencia y abuso, estatus migratorio, parto por cesárea, preocupación por la imagen corporal relacionada con la obesidad, dieta tradicional, nacimientos múltiples, bebés prematuros y con bajo peso al nacer, y la experiencia negativa del parto (26).

Por otro lado, en el estudio de cohorte realizado por Tebeka et al. (40) se comparan los factores influyentes en el posparto temprano y tardío. Se aprecian los mismos resultados, siendo los factores que muestran mayor contribución en la DPP: eventos estresantes, episodios de abusos y visitas a urgencias, junto con otros que varían según el tipo de posparto (temprano vs tardío) como son, tipo de abuso, el empleo, nivel educativo, y el estado civil. Por lo tanto, se concluye que, en su mayoría, los factores más relevantes incluidos son los relacionados con la violencia y los sociodemográficos (40).

Además, en la mayoría de los estudios empelados en la revisión, a la hora de establecer los resultados obtenidos siempre tienen en cuenta variables asociadas que influyen en el objetivo planteado. Así pues, podemos decir que todos los factores de riesgo encontrados son además resultado de la interacción con otras variables. Un ejemplo de la influencia de estas covariables se observa en los estudios de Okun et al. (27) y Koric et al. (33), donde se ha visto que variables

como la edad materna, estado civil, empleo y nivel de educación median en los resultados obtenidos (27), (33).

En conclusión, los resultados obtenidos parecen mostrar que existe influencia diferentes tipos de factores (biológicos, psicológicos, sociodemográficos, eventos estresantes y atención obstétrica) en la aparición de DPP. Destaca pues, la importancia de una perspectiva biopsicosocial, tal y como se ha visto en el estudio de Martínez- Borba et al. (44). En este enfoque se emplean medidas de la mayoría de los factores mencionados, concluyendo que la edad, la ambivalencia afectiva, el neuroticismo, el afecto positivo y negativo y se relacionan de manera transversal con los síntomas prenatales, que a su vez son la mejor forma de predecir la DPP. Sin embargo, de todos los factores biopsicosociales solo la edad y los síntomas depresivos prenatales se asociaron de manera significativa con la aparición de la DPP (44).

Por lo tanto, atendiendo a los estudios basados en la evidencia empleados en esta revisión, los factores de riesgo para la DPP pueden entenderse como factores de carácter biopsicosocial puesto que los que mayor respaldo empírico han recibido son: historia de síntomas de ansiedad y depresión antes del posparto, edad elevada materna, obesidad, violencia (en especial la obstétrica, de género y aquella sufrida en la infancia), experiencias estresantes anteriores y falta de apoyo social.

5.4.2 Factores protectores para la depresión posparto

Del conjunto de estudios revisados en el presente trabajo, se ha intentado dar respuesta al segundo objetivo establecido, determinar los factores protectores para la DPP.

Así pues, el primer factor identificado es el contacto piel con piel. Esta práctica favorece el aumento de los niveles de oxitocina en la madre y favorece el vínculo único con el bebé en este primer momento tras el nacimiento, la evidencia muestra que este fenómeno resulta protector para la salud mental materna y la salud del bebé. En el caso de la madre, parece contribuir a la protección frente a la DPP (26).

En otro estudio se compararon dos grupos de mujeres tras dar a luz por cesárea, las que habían recibido cuidados piel con piel y las que no. Se mostró un claro beneficio en las mujeres en las

que se llevó a cabo esta práctica, así como una mejora en el establecimiento de la lactancia materna y su duración junto a una mejora en la eficacia de la involución uterina. El contacto piel con piel y la succión del bebé estimulan la producción de hormonas que actúan estabilizando el estado de ánimo de las madres favoreciendo el vínculo y de este modo protegiendo de la aparición de DPP. (48)

Por otra parte, los autores O' Neill et al. (49) concluyeron en su estudio que el apoyo social por parte de la familia, pareja o amigos y el apoyo psicoterapéutico en las mujeres con sintomatología depresiva se asociaba con una mejora significativa en los síntomas de depresión. Estos resultados son indicativos de que la búsqueda de apoyo social en las fases iniciales de la DPP se asocia positivamente con la mejora en esta patología. En este sentido, también los y las profesionales sanitarias podrían considerarse los primeros instrumentos terapéuticos y de soporte para estas mujeres, participando en su detección y prevención, ya que el apoyo social es considerado como el factor más importante y capaz de moderar muchas asociaciones de riesgo entre otros factores y la DPP (49).

A pesar de no haberse demostrado en los estudios revisados, que la actividad física es un factor protector para la DPP si se ha visto que permanecer activa durante el embarazo tiene beneficios generales en la salud materna y en la del bebé. Del mismo modo, la práctica de actividad es una medida para reducir el sedentarismo en el último trimestre de embarazo el cuál si ha demostrado estar relacionado con la aparición de DPP (47).

Por otra parte, la percepción de una buena calidad en la atención recibida por las madres resulta un factor protector frente factores de riesgo para la sintomatología depresiva. Es este el caso de ser madre soltera, un IMC que refleja obesidad y un dolor leve y moderado durante actividades cotidianas, ya que cuando es considerado grave no hay factor que pueda mediar frente ese padecimiento. (49)

Como se ha visto, los síntomas depresivos en la etapa prenatal son un predictor de la DPP. Por lo tanto, se concluye que una adecuada evaluación psicológica en el posparto temprano con su adecuada intervención si precisa, puede disminuir y proteger a la mujer de la DPP a largo plazo. (43). La promoción de emociones positivas mediante la participación en actividades placenteras

parece también reducir la sintomatología depresiva, por lo que se reafirma que un adecuado tratamiento psicológico es beneficioso y protector ante mujeres con bajo afecto positivo (44).

Otro factor protector considerado por los estudios revisados es la menor edad, es decir, entre las mujeres jóvenes aparece una mejor protección frente a la DPP (44).

Continuando con el objetivo, aquellas mujeres que tomaban medicamentos que mejoran la fertilidad, pero no porque tuvieran problemas con la infertilidad, sino por otros motivos como ser familia monoparental o en parejas del mismo sexo. Esta motivación, actuaría de efecto protector entre aquellas mujeres que toman los fármacos mencionados.

En cuanto al uso de medicamentos que mejoran el estado fértil, cuando se centra el estudio en grupos de mujeres que optan por la inseminación medicada por otras razones distintas a ser infértiles, como para conseguir una maternidad monoparental o en parejas del mismo sexo, se obtiene una disminución del riesgo, actuando este factor como protector para la depresión posparto. (53)

También la reincorporación a la actividad laboral parece ser un factor protector de la DPP. Así pues, aquellas mujeres que tras su reincorporación laboral presentan una adecuada adaptación a la nueva situación experimentan menos síntomas depresivos. (52)

Por último, el estudio realizado por Toledo et al. (55) indica que aquellas mujeres que llevaron a cabo una lactancia materna mostraron de manera significativa menor riesgo de sufrir DPP. Además, se observó que completa con una mayor duración de la lactancia, se reportaba un menor riesgo (55).

6. Limitaciones

El presente estudio presenta algunas limitaciones que cabe tener en cuenta. En primer lugar, es importante destacar que existe abundante evidencia sobre los factores de riesgo para la DPP, lo que ha requerido aumentar el número de descriptores específicos, perdiendo quizás estudios de alto valor metodológico. De hecho, no se han obtenido estudios con muy alto nivel de evidencia que mostraran implicaciones claras para la práctica clínica, lo que podría influir también en los resultados de la presente revisión.

Otra de las limitaciones encontradas es la variabilidad metodológica entre los estudios disponibles, por ejemplo, la mayor parte son ya revisiones de la literatura y otras investigaciones se han realizado con un tamaño muestral pequeño. Asimismo, existen diferencias en la población de mujeres según el país o cultura del que parte la investigación, todos estos aspectos deberían de tenerse en cuenta a la hora de valorar las conclusiones.

Finalmente, la estrategia de búsqueda utilizada podría haber incurrido en algún sesgo involuntario, puesto que se han utilizado un número de descriptores limitados con combinaciones también determinadas, quizá la combinación de otros descriptores podría haber ampliado el número de estudios útiles.

7. Conclusión

Tras el análisis de la evidencia reportada en la presente revisión integradora, se muestra la existencia de múltiples factores de riesgo de diferente etiología que pueden contribuir a la aparición de la DPP y es por ello por lo que se hace necesario establecer programas de evaluación de la salud física y psicosocial a las mujeres en la etapa perinatal mediante instrumentos de cribado validados, con el objetivo de detectar a todas aquellas que presenten factores de riesgo para la depresión. Asimismo, sería necesario invertir esfuerzos en llevar a cabo intervenciones basadas en la evidencia para el tratamiento de la DPP. Bajo este prisma, la figura de enfermería podría ser clave puesto que como ya se ha demostrado la promoción y educación para la salud, forman parte de las competencias de la enfermería y en este caso, su labor podría contribuir, en el marco del trabajo multidisciplinar, a prevenir los trastornos emocionales de la mujer en el posparto y mejorar su bienestar.

Así pues, a continuación, se detallan algunos de los aspectos más importantes que deberían estar presente en los programas de evaluación y promoción de la salud mental materna para la prevención de la DPP:

- Realizar evaluaciones sistemáticas del estado de ánimo mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo para la detección temprana de los síntomas depresivos y procurar una intervención si precisa. Del mismo modo, sería necesario incluir herramientas para la identificación temprana de mujeres con problemas psicológicos previos, haciendo hincapié en la experiencia de traumas o episodios de violencia en el pasado o en el presente. (44) (42) (54) (46)
- Adecuada monitorización durante el embarazo de los niveles del hematocrito o de CRH al ser un predictor en la depresión materna (45) (31) (34).
- Proporcionar información a las mujeres respecto a los cambios físicos y psicológicos que acontecen en el embarazo, trabajar el ajuste de expectativas y anticipar los retos para buscar así los mejores recursos de afrontamiento contando con sus propias habilidades y las posibles ayudas externas (44).

- Realizar programas de educación para la salud en cada etapa del embarazo y posparto, que incidan en: la mejora de la calidad de sueño; prevención de la violencia obstétrica, reconocimiento de síntomas relacionados con la preeclampsia, anticoncepción en el posparto y hábitos de vida saludable (adecuada alimentación y actividad física para prevenir el sobrepeso y la obesidad) (27) (50) (45) (32) (51) (38) (47)

- Procurar una buena calidad en la atención y los cuidados a las mujeres en la etapa perinatal procurando una visión integral de los procesos de embarazo y parto que salvaguarden la posible vulnerabilidad a los problemas emocionales. En este sentido, se debería favorecer dos aspectos cruciales que han demostrado ser protectores de la salud mental materna, la práctica piel con piel en el posparto inmediato y la lactancia materna (49) (48) (55).

8. Anexos

Anexo I: Escala de depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen DPP. La EPDS consiste de diez declaraciones sobre cómo se ha sentido la mujer en los últimos siete días. En casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. No se le debe dar más importancia a los resultados de la EPDS que al juicio clínico. 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. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos. 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 tenga problemas para leer o entender.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de posparto.

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 más 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.

Nombre:	Apellidos:	Dirección:
Teléfono:	F. Nacimiento:	F.N. Bebé:

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.

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

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Anexo II: Metodología CASPe para revisiones sistemáticas

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Un tema debe ser definido en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none">- La población de estudio.- La intervención realizada.- Los resultados ("outcomes") considerados.	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?</p> <p><i>PISTA: El mejor "tipo de estudio" es el que</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Se dirige a la pregunta objeto de la revisión.- Tiene un diseño apropiado para la pregunta.	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO SÉ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>

Preguntas detalladas

<p>3 ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?</p> <p><i>PISTA: Busca</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qué bases de datos bibliográficas se han usado. - Seguimiento de las referencias. - Contacto personal con expertos. - Búsqueda de estudios no publicados. - Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?</p> <p><i>PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios ("No es oro todo lo que reluce" El Mercader de Venecia. Acto II)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados de los estudios eran similares entre sí. - Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados. - Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuál es el resultado global de la revisión?

PISTA: Considera

- Si tienes claro los resultados últimos de la revisión.
- ¿Cuáles son? (numéricamente, si es apropiado).
- ¿Cómo están expresados los resultados? (NNT, odds ratio, etc.).

7 ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

PISTA:

Busca los intervalos de confianza de los estimadores.

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

<p>8 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por la revisión pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?</p> <p><i>Aunque no esté planteado explícitamente en la revisión, ¿qué opinas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO</p>

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

Anexo III: Metodología CASPe para estudio de casos y controles.

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Si el estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿Los autores han utilizado un método apropiado para responder a la pregunta?</p> <p><i>PISTA: Considerar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Es el estudio de Casos y Controles una forma adecuada para contestar la pregunta en estas circunstancias? (¿Es el resultado a estudio raro o perjudicial?). - ¿El estudio está dirigido a contestar la pregunta? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

¿Merece la pena continuar?

<p>3 ¿Los casos se reclutaron/incluyeron de una forma aceptable?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la validez de los hallazgos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los casos se han definido de forma precisa? - ¿Los casos son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)? - ¿Se estableció un sistema fiable para la selección de todos los casos? - ¿Son incidencia o prevalencia? - ¿Hay algo "especial" que afecta a los casos? - ¿El marco temporal del estudio es relevante en relación a la enfermedad/exposición? - ¿Se seleccionó un número suficiente de casos? - ¿Tiene potencia estadística? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4 ¿Los controles se seleccionaron de una manera aceptable?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgo de selección que pueda comprometer la generalizabilidad de los hallazgos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Los controles son representativos de una población definida (geográfica y/o temporalmente)? - ¿Hay algo "especial" que afecta a los controles? - ¿Hay muchos no respondedores? ¿Podrían ser los no respondedores de alguna manera diferentes al resto? - ¿Han sido seleccionados de forma aleatorizada, basados en una población? - ¿Se seleccionó un número suficiente de controles? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

<p>5 ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p> <p><i>PISTA: Estamos buscando sesgos de medida, retirada o de clasificación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Se definió la exposición claramente y se midió ésta de forma precisa? - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las variables reflejan de forma adecuada aquello que se suponen que tiene que medir? (han sido validadas). - ¿Los métodos de medida fueron similares tanto en los casos como en los controles? - ¿Cuando fue posible, se utilizó en el estudio cegamiento? - ¿La relación temporal es correcta (la exposición de interés precede al resultado/variable de medida)? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6</p> <p>A. ¿Qué factores de confusión han tenido en cuenta los autores?</p> <p><i>Haz una lista de los factores que piensas que son importantes y que los autores han omitido (genéticos, ambientales, socioeconómicos).</i></p> <p>B. ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial de los factores de confusión en el diseño y/o análisis?</p> <p><i>PISTA: Busca restricciones en el diseño y técnica, por ejemplo, análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad para corregir, controlar o ajustar los factores de confusión.</i></p>	<p>Lista:</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

7 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?

PISTA:

- ¿Cuáles son los resultados netos?
- ¿El análisis es apropiado para su diseño?
- ¿Cuán fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (mira los odds ratio (OR))?
- ¿Los resultados se han ajustado a los posibles factores de confusión y, aun así, podrían estos factores explicar la asociación?
- ¿Los ajustes han modificado de forma sustancial los OR?

8 ¿Cuál es la precisión de los resultados?

¿Cuál es la precisión de la estimación del riesgo?

PISTA:

- Tamaño del valor de P.
- Tamaño de los intervalos de confianza.
- ¿Los autores han considerado todas las variables importantes?
- ¿Cuál fue el efecto de los individuos que rechazaron el participar en la evaluación?

9 ¿Te crees los resultados?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>PISTA:</p> <ul style="list-style-type: none">- ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!- ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión?- ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles?- Considera los criterios de Bradford Hills (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).			

¿Merece la pena continuar?

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados a tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área.- Tu medio parece ser muy diferente al del estudio.- ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <p><i>Considera toda la evidencia disponible: Ensayos Clínicos aleatorizados, Revisiones Sistemáticas, Estudios de Cohorte y Estudios de Casos y Controles, así como su consistencia.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.13-19.

Anexo IV: Metodología CASPe para estudio de cohortes.

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

<p>1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?</p> <p><i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i></p> <ul style="list-style-type: none">- La población estudiada.- Los factores de riesgo estudiados.- Los resultados "outcomes" considerados.- ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?</p> <p><i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿La cohorte es representativa de una población definida?- ¿Hay algo "especial" en la cohorte?- ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte?- ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

Preguntas de detalle

<p>3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas? - ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir? - ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)? - ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento? - ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos? - ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)? 	

<p>4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p><i>PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión. <p>Lista:</p>	

<p>5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>B/ ¿Cuáles son los resultados?</p>	
<p>6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?</p> <p><i>PISTA:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- ¿Cuáles son los resultados netos?- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?	
<p>7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?</p>	

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

<p>8 ¿Te parecen creíbles los resultados?</p> <p><i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <p><i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?</p> <p><i>PISTA: Considera si</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio? 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?</p>	

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.23-27.

Anexo V: Metodología CASPe para ensayos clínicos aleatorizados.

A/¿Son válidos los resultados del ensayo?

Preguntas "de eliminación"

<p>1 ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?</p> <p><i>Una pregunta debe definirse en términos de:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio. - La intervención realizada. - Los resultados considerados. 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>2 ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?</p> <p><i>- ¿Se mantuvo oculta la secuencia de aleatorización?</i></p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO
<p>3 ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿El seguimiento fue completo? - ¿Se interrumpió precozmente el estudio? - ¿Se analizaron los pacientes en el grupo al que fueron aleatoriamente asignados? 	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO SÉ	<input type="checkbox"/> NO

Preguntas de detalle

<p>4 ¿Se mantuvo el cegamiento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes. - Los clínicos. - El personal del estudio. 	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5 ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?</p> <p><i>En términos de otros factores que pudieran tener efecto sobre el resultado: edad, sexo, etc.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6 ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> NO</p>

B/ ¿Cuáles son los resultados?

<p>7 ¿Es muy grande el efecto del tratamiento?</p> <p><i>¿Qué desenlaces se midieron?</i> <i>¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?</i></p>	
<p>8 ¿Cuál es la precisión de este efecto?</p> <p><i>¿Cuáles son sus intervalos de confianza?</i></p>	

Anexo VI: Metodología STROBE empleada para estudios transversales.

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

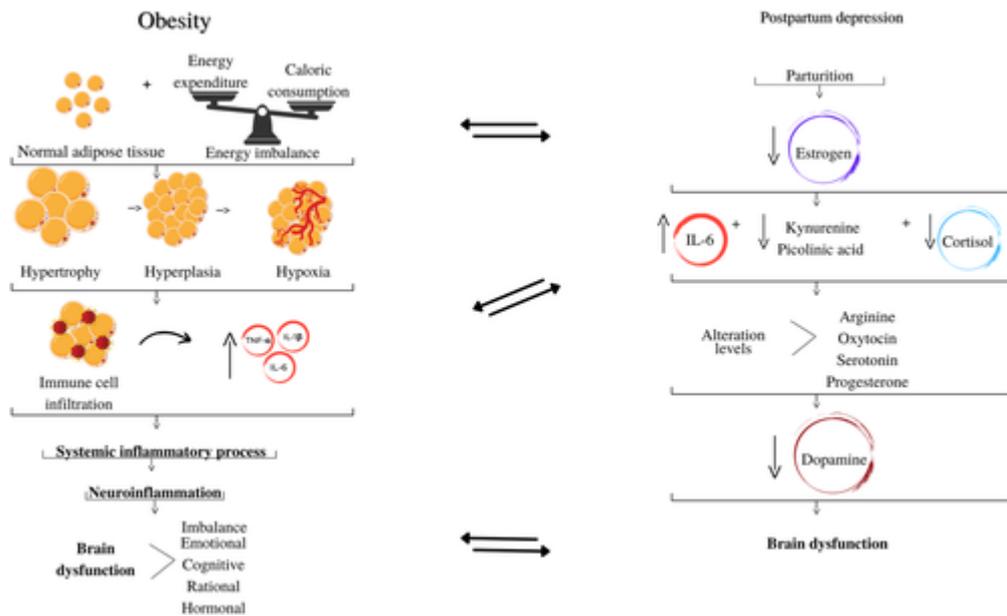
*Give information separately for exposed and unexposed groups.

STROBE Statement—Items to be included when reporting observational studies in a conference abstract

Item	Recommendation
Title	Indicate the study's design with a commonly used term in the title (e.g cohort, case-control, cross sectional)
Authors	Contact details for the corresponding author
Study design	Description of the study design (e.g cohort, case-control, cross sectional)
Objective	Specific objectives or hypothesis
Methods	
Setting	Description of setting, follow-up dates or dates at which the outcome events occurred or at which the outcomes were present, as well as any points or ranges on other time scales for the outcomes (e.g., prevalence at age 18, 1998-2007).
Participants	<i>Cohort study</i> —Give the most important eligibility criteria, and the most important sources and methods of selection of participants. Describe briefly the methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the major eligibility criteria, and the major sources and methods of case ascertainment and control selection <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the major sources and methods of selection of participants <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	Clearly define primary outcome for this report.
Statistical methods	Describe statistical methods, including those used to control for confounding
Results	
Participants	Report Number of participants at the beginning and end of the study
Main results	Report estimates of associations. If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period Report appropriate measures of variability and uncertainty (e.g., odds ratios with confidence intervals)
Conclusions	General interpretation of study results

Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; Iniciativa STROBE. Declaración Fortalecimiento del informe de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): directrices para la notificación de estudios observacionales. J Clin Epidemiol. 2008 Abr;61(4):344-9. PMID: 18313558

Anexo VII: Interfase entre obesidad y DPP: impacto en la fisiopatología de ambas enfermedades.



Da Cruz KL de O, Salla DH, de Oliveira MP, da Silva LE, Dela Vedova LM, Mendes TF, et al. The impact of obesity-related neuroinflammation on postpartum depression: A narrative review. *International Journal of Developmental Neuroscience* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Apr 26];82(5):375–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jdn.10198>

Bibliografía

1. Martínez C, M^a B, Villar T, Revisora V, Seguranyes Guillot G. Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento Coordinadoras Reservados todos los derechos Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Copyright® [Internet]. 2014 [cited 2023 Mar 16]; Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2020/04/puerperio-inter-def.pdf>
2. Dayra ∞ , Caballero LS, De K, Suelto P, Laura ∞ , Pretelt CA, et al. Trastornos psiquiátricos desencadenados por la gestación: una revisión sistemática de la literatura. Revista Neuronum [Internet]. 2020 Aug 9 [cited 2023 Mar 16];6(4):86–113. Available from: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/287>
3. Sastre LC. PUERPERIO NORMAL Y PATOLÓGICO. [cited 2023 Mar 17]; Available from: <https://sego.es/documentos/ponencias/cursos/141/5.%20Laura%20Calles%20Sastre%20-%20Puerperio%20normal%20y%20patol%C3%B3gico.pdf>
4. La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
5. García Prieto J, Alonso Sánchez J, Martínez Chamorro E, Ibáñez Sanz L, Borrueal Nacenta S. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. Radiología [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 Mar 16];63(1):22–31. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-complicaciones-del-puerperio-mecanismos-fisiopatologicos-S0033833820301041>
6. Herramienta de codificación de la CIE-11 Estadísticas de mortalidad y morbilidad (EMM) [Internet]. [cited 2023 Mar 18]. Available from: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/es/release
7. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales JA. Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. Revista Medica Sinergia [Internet]. 2019 Jun 18 [cited 2023 Mar

- 20];4(7):e261. Available from:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/261/594>
8. gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc. [cited 2023 Mar 17]; Available from:
https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_caduc.pdf
9. Gallego Rodriguez JM, Valmisa Gómez de Lara E. Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *psiquiatria.com* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 18];5. Available from: https://psiquiatria.com/trabajos/usr_526558525.pdf
10. M. Carmen Míguez VF y BP. Depresión posparto y factores asociados en mujeres con embarazos de riesgo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual N 1* [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 21];25. Available from: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/03.Miguez_25-1r.pdf
11. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes [Internet]. Vol. 15, *Women's Health*. SAGE Publications Ltd; 2019 [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492376/>
12. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Mar 25];87(5):273–7. Available from: <https://www.ccjm.org/content/87/5/273>
13. FDA approves first treatment for post-partum depression | FDA [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-treatment-post-partum-depression>
14. Zuranolona, un fármaco prometedor para la depresión posparto, NOTICIAS [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/16427/ESP/zuranolona-farmaco-prometedor-para-depresion-posparto.htm>

15. Moral AO del, Romero AMR, Iglesias YG. Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. *FMC*. 2020 Apr 1;27(4):164–71.
16. Dennis CL. Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan 1;28(1):97–111.
17. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med* 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 25];70:183–96. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217->
18. Vista de Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto | *Revista Medica Sinergia* [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/248/553>
19. *GuiaMatronas_21_150RGB-DEFINITIVO-PUBLI1*. [cited 2023 Mar 25]; Available from: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2021/04/GuiaMatronas_21_150RGB-DEFINITIVO-PUBLI1.pdf
20. Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva: resumen ejecutivo [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240044074>
21. Depresión posparto SEGO [Internet]. [cited 2023 Mar 25]. Available from: https://sego.es/mujeres/Depresion_post_parto.pdf
22. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women [Internet]. Vol. 11, *Translational Psychiatry*. Springer Nature; 2021 [cited 2023 Mar 21]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-021-01692-1.pdf>
23. 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. *Enfermería Cuidándote*. 2022 Jul 8;5(3):19–29.

24. Dominiak M, Antosik-Wojcinska AZ, Baron M, Mierzejewski P, Swiecicki L. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. *Ginekol Pol* [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 25];92(2):153–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33448014/>
25. 64.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 2011 [cited 2023 Mar 27]; Available from: [https://apps.who.int/gb/dvr/DVR\(WHA\)-64/PDF/A64_REC1-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/dvr/DVR(WHA)-64/PDF/A64_REC1-sp.pdf)
26. Zhao X hu, Zhang Z hua. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Apr 26];53:102353. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820304652?via%3Dihub>
27. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor Sleep Quality Increases Symptoms of Depression and Anxiety in Postpartum Women. *J Behav Med* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Apr 26];41(5):703. Available from: </pmc/articles/PMC6192841/>
28. da Cruz KL de O, Salla DH, de Oliveira MP, da Silva LE, Dela Vedova LM, Mendes TF, et al. The impact of obesity-related neuroinflammation on postpartum depression: A narrative review. *International Journal of Developmental Neuroscience* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Apr 26];82(5):375–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jdn.10198>
29. Dayan F, Javadifar N, Tadayon M, Malehi AS, Komeili Sani H. The Relationship between Gestational Weight Gain and Postpartum Depression in Normal and Overweight Pregnant Women. *J Pregnancy* [Internet]. 2018 [cited 2023 Apr 26];2018. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2018/9315320/>
30. Maeda Y, Ogawa K, Morisaki N, Tachibana Y, Horikawa R, Sago H. Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 Apr 26];148(1):48–52. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12982>

31. Hochman E, Feldman B, Weizman A, Krivoy A, Gur S, Barzilay E, et al. Gestational hemodilution as a putative risk factor for postpartum depression: A large-scale nationwide longitudinal cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2023 Mar 15 [cited 2023 Apr 26];325:444–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016503272201518X?via%3Dihub>
32. Caropreso L, de Azevedo Cardoso T, Eltayebani M, Frey BN. Preeclampsia as a risk factor for postpartum depression and psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Apr 26];23(4):493–505. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-019-01010-1>
33. Koric A, Singh B, VanDerslice JA, Stanford JB, Rogers CR, Egan DT, et al. Polycystic ovary syndrome and postpartum depression symptoms: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Apr 26];224(6):591.e1-591.e12. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937820326326/fulltext>
34. Oon-arom A, Suradom C, Srichairatanakool S, Luewan S, Petiwathayakorn T, Maneeton B, et al. Serum oxytocin and corticotropin-releasing hormone levels in the third trimester of pregnancy for predicting postpartum depression in Thai women. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2023 Feb 1 [cited 2023 Apr 26];80:103392. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201822003902?via%3Dihub>
35. Cao S, Jones M, Tooth L, Mishra G. Does premenstrual syndrome before pregnancy increase the risk of postpartum depression? Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Jan 15 [cited 2023 Apr 26];279:143–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720328275?via%3Dihub>
36. Gastaldon C, Solmi M, Correll CU, Barbui C, Schoretsanitis G. Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2022 Oct 21 [cited 2023 Apr 26];221(4):591–602. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/risk-factors->

of-postpartum-depression-and-depressive-symptoms-umbrella-review-of-current-evidence-from-systematic-reviews-and-metaanalyses-of-observational-studies/4192C0F2BD5B0EAA35EAA21C3832D89A

37. Kikuchi S, Kobayashi N, Watanabe Z, Ono C, Takeda T, Nishigori H, et al. The delivery of a placenta/fetus with high gonadal steroid production contributes to postpartum depressive symptoms. *Depress Anxiety* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Apr 26];38(4):422–30. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.23134>
38. Rasmussen MLH, Poulsen GJ, Videbech P, Wohlfahrt J, Melbye M. Endocrine disease history and the risk of postpartum depression. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2023 Mar 14 [cited 2023 Apr 26];222(3):119–24. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/endocrine-disease-history-and-the-risk-of-postpartum-depression/55A52A12EDFCC8220FE4531DD16C9D5E>
39. Tokunaga * 1 A, * 2 YK, Kawano A. Relationship between psychological state and urinary catecholamines and serotonin in 1-month postpartum mothers. *J Jpn Acad Midwif* [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 26];35(No. 2):113–21. Available from: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjam/35/2/35_JJAM-2021-0011/_pdf/-char/en
40. Tebeka S, Le Strat Y, Mandelbrot L, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, et al. Early- and late-onset postpartum depression exhibit distinct associated factors: the IGEDEPP prospective cohort study. *BJOG* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Apr 26];128(10):1683–93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.16688>
41. Deniz Ozturan D, Gulucu S, Ozsoy F. The Role of Early Maladaptive Schemas in Postpartum Depression. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2023 Feb 9 [cited 2023 Apr 26];2023:1–6. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ppc/2023/6163959/>
42. Fonseca A, Canavarro MC. Cognitive correlates of women’s postpartum depression risk and symptoms: the contribution of dysfunctional beliefs and negative thoughts.

- <https://doi.org/101080/0963823720191581331> [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 26];29(6):614–22. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2019.1581331>
43. Marín-Morales D, Toro-Molina S, Peñacoba-Puente C, Losa-Iglesias M, Carmona-Monge FJ. Relationship Between Postpartum Depression and Psychological and Biological Variables in the Initial Postpartum Period. *Matern Child Health J* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2023 Apr 26];22(6):866–73. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-018-2461-x>
44. Martínez-Borba V, Suso-Ribera C, Osma J, Andreu-Pejó L. Predicting Postpartum Depressive Symptoms from Pregnancy Biopsychosocial Factors: A Longitudinal Investigation Using Structural Equation Modeling. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2023 Apr 26];17(22):1–15. Available from: [/pmc/articles/PMC7696025/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33066025/)
45. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Apr 26];108:103297. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822000493?via%3Dihub>
46. Mahenge B, Stöckl H, Mizinduko M, Mazalale J, Jahn A. Adverse childhood experiences and intimate partner violence during pregnancy and their association to postpartum depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2018 Mar 15 [cited 2023 Apr 26];229:159–63. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613822000493?via%3Dihub>
47. van der Waerden J, Nakamura A, Pryor L, Charles MA, El-Khoury F, Dargent-Molina P. Domain-specific physical activity and sedentary behavior during pregnancy and postpartum depression risk in the French EDEN and ELFE cohorts. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2023 Apr 26];121:33–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743519300520?via%3Dihub>
48. Zheng Y, Xia Y, Ye W, Zheng C. The Effect of Skin-to-Skin Contact on Postoperative Depression and Physical Recovery of Parturients after Cesarean Section in Obstetrics and

- Gynecology Department. *Comput Math Methods Med* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 26];2022. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cmmm/2022/9927805/>
49. Hutchens BF, Holland ML, Tanner T, Kennedy HP. Does Perceived Quality of Care Moderate Postpartum Depression? A Secondary Analysis of a Two-Stage Survey. *Matern Child Health J* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Apr 26];25(4):613–25. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-020-03103-1>
50. Ti A, Curtis KM. Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care* [Internet]. 2019 Mar 4 [cited 2023 Apr 26];24(2):109. Available from: </pmc/articles/PMC6541925/>
51. Yook V, Yoo J, Han K, Fava M, Mischoulon D, Park MJ, et al. Association between pre-pregnancy tobacco smoking and postpartum depression: A nationwide cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2023 Apr 26];316:56–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032722008333?via%3Dihub>
52. Karl M, Schaber R, Kress V, Kopp M, Martini J, Weidner K, et al. Precarious working conditions and psychosocial work stress act as a risk factor for symptoms of postpartum depression during maternity leave: results from a longitudinal cohort study. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2023 Apr 27];20(1). Available from: </pmc/articles/PMC7539402/>
53. Barber GA, Steinberg JR. The association between pregnancy intention, fertility treatment use, and postpartum depression. *Soc Sci Med* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Apr 27];314:115439. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622007456?via%3Dihub>
54. O'Neill P, Cycon A, Friedman L. Seeking social support and postpartum depression: A pilot retrospective study of perceived changes. *Midwifery* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2023 Apr 29];71:56–62. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613819300099?via%3Dihub>
55. Toledo C, Cianelli R, Villegas Rodriguez N, De Oliveira G, Gattamorta K, Wojnar D, et al. The significance of breastfeeding practices on postpartum depression risk. *Public Health Nurs*

- [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 Apr 30];39(1):15–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/phn.12969>
56. Rizzo A, Bruno A, Torre G, Mento C, Pandolfo G, Cedro C, et al. Subthreshold psychiatric symptoms as potential predictors of postpartum depression. <https://doi.org/10.1080/0739933220211963730> [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 30];43(1–3):129–41. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2021.1963730>
57. Casanova Dias M, Kelson M, Gordon-Smith K, Perry A, Craddock N, Jones L, et al. Borderline personality traits are differently associated with postpartum psychosis and postpartum depression episodes in women with bipolar disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2023 Apr 30];328:81–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723001428?via%3Dihub>
58. Puyané M, Subirà S, Torres A, Roca A, Garcia-Esteve L, Gelabert E. Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 Apr 30];298:577–89. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721012283?via%3Dihub>
59. Aguilar L. *Conoce tu posparto : 40 días y 500 noches*. Penguin Random House Grupo Editorial España [Internet]. 2022 Feb 10 [cited 2023 May 16];1–30. Available from: https://www.google.es/books/edition/Conoce_tu_posparto/h41UEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=0#pli=1

