

ATENCIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA FRENTE A LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Marta Marmi Camps

Graduada en Enfermería. Universitat de Barcelona

Correo electrónico: martamarmi94@gmail.com

Recepción: 18/10/2016

Aceptación: 05/12/2016



RESUMEN

Introducción

La depresión posparto (DPP) es una enfermedad que afecta al 10-15% de las mujeres. Se caracteriza por una tristeza intensa con labilidad emocional grave y suele aparecer a las cuatro semanas posparto. La DPP no es igual a la tristeza posparto o la psicosis posparto.

Objetivos

Describir las intervenciones en la prevención, detección y tratamiento de la DPP, así como determinar las intervenciones por parte de matronas/enfermeras en la atención a la depresión posparto de la mujer.

Metodología

Revisión bibliográfica en la que se ha utilizado las bases de datos Pubmed, Cinahl, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden y Enfispo.

Resultados

Se han incluido 27 artículos correspondientes a los últimos cinco años.

Discusión

Para prevenir la DPP, es esencial tener en cuenta los factores de riesgo, tener soporte y una práctica correcta durante la asistencia al parto, realizar ejercicio y fomentar la lactancia materna y la interacción madre/bebé. Para detectar la DPP, el instrumento más fiable es la Escala de Edimburgo (EPDS) y es importante implementar el cribado en las revisiones rutinarias de la mujer. Algunos autores afirman que para tratar la DPP son esenciales las intervenciones psicológicas y psicosociales y confirman la farmacoterapia como opción.

Conclusiones

El rol de la matrona y la enfermera es de vital importancia en las intervenciones para la prevención, detección y tratamiento de la depresión posparto. Es necesario seguir trabajando en el tema para conseguir la mejor evidencia posible y formar a los profesionales para que apliquen estos resultados.

Palabras clave: depresión posparto, prevención, control, intervenciones enfermeras, comadrona.

ABSTRACT

Introduction

Postpartum depression (PPD) is a disease that affects 10-15% of women. Its main symptom is deep sadness with severe emotional lability, which appears within 4 weeks after childbirth. The PPD is not the same as *baby blues* or postpartum psychosis. ***Objectives***

To describe appropriate nursing interventions for the prevention, detection and treatment of postpartum depression in women.

Methodology

A systematic review of the scientific literature published in PubMed, CINAHL, Cochrane Library, CUIDEN and Enfispo databases.

Results

We have included 27 studies from the last 5 years.

Discussion

Several articles claim that, in order to prevent PPD, it is essential to consider some risk factors, to have support and to carry out an appropriate practice during childbirth, do exercise and encourage breastfeeding and mother/child interaction. The most reliable screening tool for detecting PPD is the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and it is important to implement it in routine health checks. Others authors claim that psychological and psychosocial interventions are essential to treat DPP, but they also propose pharmacotherapy as another option.

Conclusions

The nurse's role is vital in the prevention, detection and treatment of postpartum depression. It is necessary to continue researching on this issue in order to achieve the best possible evidence and to train professionals to apply these results to their medical practice.

Keywords: postpartum depression, prevention, control, nursing care, midwife.

INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un cambio importante en varios aspectos de la vida de la mujer y de su pareja. Supone un reto que puede generar diferentes estados emocionales, sentimientos y percepciones según la experiencia, las habilidades y la forma de ser de la persona. El posparto es el periodo de tiempo que abarca las primeras seis u ocho semanas después del parto, un periodo de adaptación a la nueva situación en que se encuentra la mujer donde se pueden originar sentimientos y emociones ambivalentes, como felicidad y tristeza, tranquilidad y angustia, entre otros. Estos estados de ánimo se ven potenciados por la inseguridad en el cuidado del bebé, las molestias posparto, el exceso de visitas y la discrepancia entre la información que la mujer recibe de profesionales y personas cercanas. (Canal Salud, 2015). El estrés psicológico y físico debido a las nuevas obligaciones de la maternidad puede precipitar una crisis emocional o complicarse y devenir una enfermedad mental.

No se ha identificado ningún factor como máximo responsable de la precipitación de las enfermedades mentales durante el posparto (Perry, 1998). Los principales trastornos emocionales que complican el embarazo y el posparto son la esquizofrenia y los trastornos psicoactivos, que incluyen la depresión posparto (Perry, 1998).

La depresión posparto (DPP) es una enfermedad mental frecuente que sufren algunas mujeres después de dar a luz y que afecta a un 10-15% de la población (Masreal, 2010). Se caracteriza por una tristeza intensa con labilidad emocional grave (Perry, 1998). Normalmente comienza a las cuatro semanas después del parto y la duración de la enfermedad suele variar entre seis y ocho semanas, pero hay estudios que confirman que puede persistir durante gran parte del primer año posparto (Bleichmar, 1999) e incluso hasta los tres o cuatro años siguientes. Las causas de la DPP no son claras (Sadgrove, 1999). Los principales factores predisponentes son: antecedentes de trastornos psicoafectivos, estrés ambiental y familiar, niño enfermizo, poco apoyo social, alejamiento de la pareja y disminución de recursos disponibles para afrontar problemas, entre otros. Otro factor importante a tener en cuenta es la serie de cambios hormonales que se producen (Perry, 1998).

Las principales manifestaciones clínicas de la depresión posparto son: ansiedad grave, ataques de pánico, llanto espontáneo después de los 7-10 días posparto, desinterés por el bebé e insomnio, dificultad de conciliación o el hecho de despertarse temprano. Las

mujeres afectadas pueden sentirse culpables por su depresión, manifestar sentimientos negativos hacia el bebé y mostrarse reacias a discutir sus síntomas. Por culpa de este trastorno, pueden aparecer alteraciones en el establecimiento del vínculo afectivo entre madre e hijo. La mujer puede tener ideas suicidas, pensamientos obsesivos de violencia contra el niño, falta de capacidad de concentración y agitación psicomotriz (Perry, 1998).

Hay dos entidades clínicas que pueden confundirse con la depresión posparto: la tristeza posparto y la psicosis posparto.

La tristeza posparto o también llamada «*baby blues*» se caracteriza por una serie de síntomas leves de tristeza, sensación de incapacidad, insomnio, preocupación excesiva y tendencia a llorar sin razón aparente. Estos síntomas son más leves que los de la DPP, pueden estar presentes hasta las dos semanas posparto y van desapareciendo sin necesidad de tratamiento. La tristeza posparto es relativamente común y afecta a un 50-70% de las madres. Es importante que la mujer sea consciente de la temporalidad y brevedad de este estado emocional (Masreal, 2010).

La psicosis postparto se caracteriza por una tristeza intensa con labilidad emocional grave e incluye al menos una de las siguientes manifestaciones clínicas: ideación delirante, desorganización del habla, alucinaciones, comportamiento disociativo o catatonia. La sintomatología de la psicosis es mucho más marcada y grave que la de la DPP. Es poco frecuente, se presenta en 1,7 de cada 1000 nacimientos, con un buen pronóstico en el 80% de los casos, aunque hay una posibilidad de recurrencia del 30-50% en el siguiente parto (Perry, 1998). La psicosis posparto necesita un tratamiento farmacológico y el tratamiento de elección son los antipsicóticos atípicos (Bleichmar, 1999).

La pregunta planteada en este estudio es: ¿Los profesionales sanitarios, fundamentalmente matronas y enfermeras, tenemos un papel importante en el abordaje de la depresión posparto de la mujer? Y el objetivo general es describir las intervenciones en la prevención, detección y tratamiento de la DPP, así como determinar las intervenciones por parte de matronas/enfermeras en la atención a la depresión posparto de la mujer.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica. Las palabras claves utilizadas son: «Postpartum Depression», «Prevention», «Control», «Nursing», «Midwifery». Para poder acceder a la información necesaria, se han seleccionado las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, CUIDEN, ENFISPO y Biblioteca Cochrane Plus. En el caso de las bases de datos hispanas Cuiden, ENFISPO y Biblioteca Cochrane Plus, se han utilizado las palabras: «Depresión posparto». La estrategia de búsqueda usada se define en la tabla nº 1.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Palabras claves con combinaciones booleanas	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
PubMed	<i>("Depression, Postpartum"[Mesh]) AND ("Nursing"[Mesh] OR "Midwifery"[Mesh])</i>	14	3
	<i>("Depression, Postpartum"[Mesh]) AND ("Depression, Postpartum/nursing"[Mesh] OR "Depression, Postpartum/prevention and control"[Mesh])</i>	52	8
CINAHL	<i>"Postpartum Depression" AND prevention AND control</i>	51	7
	<i>"Postpartum Depression" AND Midwifery</i>	5	1
CUIDEN	«Depresión posparto»	14	6
Biblioteca Cochrane Plus	Depresión posparto	9	2
		145	27

El operador booleano más utilizado en la investigación ha sido «AND» y en un caso se ha utilizado «OR». El uso de las comillas (") ha sido necesario para determinar la palabra compuesta como un solo descriptor. La búsqueda se ha limitado a los últimos

cinco años, es decir, artículos publicados entre 2010 y 2015, escritos en lengua castellana o inglesa. En cuanto a los criterios de inclusión, se han seleccionado aquellos artículos que tratan la depresión de la mujer en el periodo posparto teniendo en cuenta la prevención y control de la enfermedad y el papel que tiene la enfermera/matrona para hacer frente a la situación. Se han incluido todos los diseños metodológicos. Además, se han aceptado los artículos centrados en el periodo prenatal de la mujer, ya que puede estar relacionado con los síntomas depresivos de la mujer en el posparto. Se han excluido los artículos que no aportaban ninguna información relevante relacionada con esta enfermedad y aquellos centrados en síntomas depresivos de las mujeres que no estaban relacionados con el periodo posparto y otros que sólo hablaban de la angustia sin hacer referencia a la depresión.

Se han identificado 145 artículos, de los cuales 118 no han sido seleccionados (29 excluidos tras leer el título, 47 después de leer el resumen, 28 tras leer el texto completo, 6 porque ya habían sido seleccionados en otra base de datos y 8 porque no se ha podido obtener el artículo).

RESULTADOS

A continuación, se presentan las referencias encontradas, el tipo de artículos y los aspectos más relevantes de cada uno. Se han seleccionado 27 artículos: 11 Artículos Originales (AO), 6 Revisiones bibliográficas (Rb), 3 Revisiones sistemáticas (Rs), 4 Protocolos de estudio, donde se usó la parte de revisión bibliográfica y 3 artículos de Formación Continua (FC)

En la tabla 2 se resumen los artículos seleccionados, ordenados según el año de publicación

Tabla 2. Síntesis de los artículos:

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Neiman S, Carter S, Van Sell S, Kindred C; 2010. EEUU	Rb Critical Care Nurs	24 artículos específicos	Diseñar un medio para educar a la enfermera sobre la DPP: síntomas, factores de riesgo, herramientas de detección y manejo, entre otros.	La guía para la mejor práctica se desarrolla a partir de la revisión bibliográfica.	La detección precoz y prevención de DPP son cruciales para mantener la salud de la madre/bebé. La herramienta de cribado es la EPDS.
Brugha TS, Morrell CJ, Slade P, Walters J; 2010. Reino Unido (UK)	AO Ensayo aleatorio controlado (ECA) Psychological Medicine	Mujeres con calificación <12 EPDS a las 6-7 semanas posparto.	Demostrar que recibir atención de una enfermera comunitaria entrenada en métodos de detección de síntomas depresivos y en el desarrollo de una intervención psicológica, prevé la DPP.	Odds ratio (OR) para la EPDS >12 a los 6 meses fue de 0,71 para el grupo experimental (GE) en comparación al grupo control (GC).	Las mujeres con EPDS <12 a las 6 semanas posparto tienen menos probabilidad de obtener una puntuación de EPDS >12 a los 6 meses si su enfermera se ha sometido al entrenamiento.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Horowitz J, Murphy C, Gregory K, Wojcik J; 2011. EEUU	AO descriptivo correlacional (Des) J Obstet Gynecol Neonatal Nurs	5169 mujeres periodo posparto de 16-49 años.	Agency for Healthcare Research and Quality implanta protocolo para identificar cribado DPP seguido de evaluación diagnóstica para mujeres con cribado positivo. Madres con puntuación EPDS >10 se invitan a participar en entrevista clínica estructurada para el DSM IV.	674 mujeres tienen puntuaciones EPDS ≥ 10 ; 185 de ellas realizan la entrevista de diagnóstico SCID; 144 son diagnosticadas con depresión menor o mayor.	AHRQ es eficaz en la orientación de una iniciativa de cribado de DPP a gran escala para identificar el riesgo. Los resultados apoyan el uso continuado de la EPDS con confirmación del SCID.
Ammon C, Pinizzotto M; 2011. EEUU	FC Harvard Medical School	Dirigido a los profesionales sanitarios	Explica el concepto de DPP y lo compara. Identifica los factores de riesgo, la prevención y el tratamiento de la DPP.	La prevención se basa en apoyo social, dormir bien, caminar... El tratamiento se basa en psicoterapia, antidepresivos y TEC.	La DPP es una enfermedad común que se puede prevenir y que es tratable.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	VARIABLES/DIMENSIONES/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Mozurkewich E, Chilimigras J, Klemens C, Keeton K, et al; 2011. UK	Protocolo de estudio con Rb BMC Pregnancy & Childbirth	30 artículos específicos	Revisión sobre si la administración de suplementos de ácidos grasos omega-3 puede prevenir y tratar síntomas depresivos de embarazo y posparto.	Encuentran efectividad en la administración de omega-3 para reducir los síntomas depresivos, pero no existe consenso en todos los autores.	No existe consenso en la literatura sobre uso de ácidos grasos omega-3 para los trastornos del estado de ánimo. Se necesitan estudios con más evidencia.
Daley A, Jolly K, Turner K, Blamey R, et al; 2012. UK	Protocolo de estudio con Rb BMC Pregnancy & Childbirth	25 artículos específicos	Revisar la literatura sobre la efectividad del ejercicio como tratamiento por la DPP.	El ejercicio parece efectivo como tratamiento de DPP, pero la insuficiencia metodológica impide confirmar eficacia.	Se precisa más investigación para evaluar la efectividad del ejercicio mental y físico, como tratamiento de la DPP.
Suárez-Varela I; 2012. España	Protocolo de estudio con Rb Nure investigación	20 artículos específicos	Revisar la literatura sobre el impacto de la intervención enfermera en embarazadas como medida preventiva de la DPP.	Hay mayor índice de DPP en caso de cesárea. Importancia de la información, realizar psicoeducación, psicoterapia, farmacoterapia y ejercicio físico.	Una depresión no tratada puede afectar negativamente en el periodo prenatal y posnatal. La enfermera tiene un papel esencial en la atención.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Pessagno R, Hunker D; 2012. EEUU	AO Quaasi experimental Perspectives in Psychiatric Care	16 madres primíparas con una EPDS >11	Probar la eficacia de la psicoterapia no farmacológica en grupos , la intervención se practicó durante 8 semanas. Se evalúa según la EPDS > 11 como punto de corte.	Los resultados demuestran una disminución de la puntuación de EPDS en los dos grupos después de la intervención psicoterapéutica.	La psicoterapia de grupo no farmacológica en madres primerizas es efectiva, ya que disminuye el riesgo de DPP.
Yawn B, Dietrich A, Wollan P, Bertram S, Grabam D, Huff J et al; 2012. EEUU	AO Casiexperimental Annals of Family Medicine	2.343 mujeres mayores de edad entre 5-12 semanas posparto	Determinar el efecto de un programa de entrenamiento (TRIPPD) en atención primaria en detección, diagnóstico y tratamiento de la DPP. Se realizan 14 prácticas de atención habitual y 14 prácticas de intervención.	654 de las mujeres tienen elevadas puntuaciones en la escala de depresión. De estas, las que estaban en el GE son más propensas a recibir un diagnóstico y una terapia para la DPP: los síntomas depresivos disminuyen a los 6-12 meses.	Destaca la importancia de hacer el seguimiento desde la atención primaria. La intervención aplica un cribado universal que facilita el diagnóstico de la DPP y mejora los resultados de las mujeres diagnosticadas.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Sexton S, Flynn H, Lancaster C, Marcus S, McDonouh S, Volling B, et al; 2012. EEUU	AO Descriptivo longitudinal Journal of Woman's Health	41 embarazadas de 32 semanas de gestación (sg)	Examinar las tasas de recuperación en mujeres en posparto cuando en período prenatal existen síntomas depresivos. Se usa entrevista a las 32sg y a las 12 semanas posparto	Se observa recuperación en el 39% de casos en postparto entre mujeres con elevados síntomas depresivos, definidos por BDI-II, en el inicio del estudio.	La mayoría de mujeres no experimentan recuperación espontánea. A mayor gravedad de síntomas depresivos prenatales y más experiencia previa con DPP mayor vulnerabilidad a síntomas.
Bernal F, Cubel Y, Delgado I, González F, Mico A, Nieves J; 2012. España	Rb Educare	20 artículos	Identificar les intervenciones multidisciplinarias en la DPP.	El tratamiento con terapia cognitiva-conductual y antidepresivos es eficaz, no es segura su inocuidad en el bebé.	Es necesario un enfoque multidisciplinar en la DPP. Se sugiere un abordaje integral durante embarazo y posparto.
Figueiredo B, Dias C, Brandao S, Canário C, Nunes-costa R; 2013. Portugal	Rb Journal de Pediatria	84 artículos específicos	Revisar la literatura sobre la relación entre la lactancia materna (LM) y la DPP.	La depresión en el embarazo puede conllevar fracaso de LM. Ésta promueve procesos hormonales protectores contra DPP que regulan patrones de sueño e interacción madre/bebé.	La LM puede proteger a las madres de DPP. Existen resultados equívocos en la literatura y se necesitan futuras investigaciones.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	VARIABLES/DIMENSIONES/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Laviña AB; 2013. España	Protocolo de estudio con Rb Nure Investigación	38 artículos específicos	Relacionar las prácticas del parto con el desarrollo de la DPP de la mujer.	Las experiencias previas negativas, el dolor, cesárea, no contacto precoz madre-hijo, son factores que se asocian con mayores síntomas depresivos.	La reducción del dolor, el apoyo continuo, el contacto precoz madre/bebé y el inicio de la lactancia deben ser centro de atención durante el parto.
Dennis CL, Dowswell T; 2013. Canadá	Rs The Cochrane Collaboration	28 ECA de 16.912 madres y embarazadas en periodo posparto sin depresión.	Evaluar efecto de intervenciones psicosociales y psicológicas respecto a atención habitual antes, durante y después parto en reducción riesgo de DPP.	Las visitas a domicilio en el posparto, la asistencia telefónica, psicoterapia interpersonal e intervenciones iniciadas después del parto reducen el riesgo a DPP.	Las intervenciones psicológicas y psicosociales reducen el riesgo de DPP.
Miller B, Murray L, Beckmann M, Kent T, Macfarlane B; 2013. Australia	Rs The Cochrane Collaboration	2 ECA de 305 participantes embarazadas o madres sin depresión.	Evaluar los efectos de los suplementos alimenticios (selenio, AEP, ADH) para prevenir la DPP en período prenatal y posnatal.	No hay pruebas suficientes para concluir que el selenio, la ADH y la AEP previenen la DPP. No se encontraron diferencias entre el GC y el GE de los ECA.	Una dieta carente de ciertas vitaminas, minerales u otros nutrientes puede causar DPP en algunas mujeres.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Alderdice F, McNeill J, Lynn F; 2013. UK	Rs Midwifery	32 artículos	Identificar intervenciones no invasivas en período prenatal y posnatal que permitirían a matronas ofrecer apoyo efectivo en salud mental materna.	Se demuestra poca evidencia del papel actual de las matronas en la salud mental de la madre.	El estudio muestra puntos fuertes y débiles de las intervenciones de salud mental materna en el periodo perinatal
Félix T, Ávila D, Nogueire A, Vieira K, Ximenes F, Muniz Q; 2013. Brasil	AO cualitativo (Cuali) tipo investigación-acción Enfermería Global	6 enfermeras de atención primaria	Identificar como la enfermera actúa ante la DPP en las consultas de puericultura.	Las enfermeras no tienen un concepto claro de la enfermedad ni de los síntomas, pero son capaces de identificar los factores relacionados.	Tras la intervención, los profesionales se vuelven aptos para actuar ante un caso de DPP.
Negron R, Martin A, Almg M, Balbierz A, Howll E; 2013. EEUU	AO Cualitativo. Matern Child Health J	33 madres de 6-12 meses del periodo posnatal y de diversa etnia	Explorar experiencias de las mujeres tras el parto en relación al apoyo social recibido. 4 grupos según etnia.	Las mujeres esperan apoyo de familiares, algunas creen que no lo deben pedir. Existen diferencias en como la mujer moviliza apoyo en sus redes.	La identificación de las necesidades y expectativas de apoyo es importante para la recuperación de las madres después del parto.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Slattengren AH, Prasad S, Kaiserudd A; 2013. EEUU	FC Journal of Family Practice	Dirigido a los profesionales sanitarios	Potenciar el cambio de la detección de la DPP. Quiere incorporar el cribado de la DPP en una visita rutinaria de la mujer al posparto.	La DPP a menudo no se detecta. Un cribado con seguimiento conduce a buenos resultados.	Hay evidencia de la eficacia del cribado en el posparto. Este cribado requiere un trabajo extra de formación por parte de los profesionales.
Horowitz J, Murphy C, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L; 2013. EEUU	AO ECA Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing	134 mujeres deprimidas después del parto	Determinar la eficacia de la intervención <i>Communicating and relating Effectively</i> (CARE) para incrementar efectividad de la relación materno/infantil entre madres deprimidas y sus bebés en los primeros 9 meses después del parto	Hay un aumento de la calidad en la interacción madre/bebé y una disminución de DPP tanto en el GC y GE. Los resultados indican que la presencia de la enfermera y la buena atención contribuyen con mejoras para ambos grupos.	La eficacia de CARE solo es parcialmente compatible. Pero las visitas domiciliarias dirigidas por enfermeras producen un efecto positivo para todas ellas.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Moshki M, Beydokhti T, Cheravi K; 2013. Irán	AO pre-post experimental Journal of Clinical Nursing	230 embarazadas de 28-30sg sin antecedentes de depresión	Evaluar eficacia de una intervención en prevención de DPP, con uso de escala EPDS y Health Locus of Control Sclae (MHLC) → <i>Internal HLC</i> =creencia que los resultados dependen de nosotros / <i>Chance HLC</i> = creencia que dependen de la suerte	Inmediatamente después de la intervención, el comportamiento « <i>Chance HLC</i> » reduce significativamente y « <i>Internal HCL</i> » aumenta. Un mes después de la intervención, se observa una diferencia significativa entre los dos grupos en la reducción de la DPP.	El comportamiento de la persona sobre «Health Locus of Control» está directamente relacionado con la DPP.
El-Hacem C, Rohayem J, Khalil R, Richa S, Kesrouani A, Gemayel R et al. 2014. República Libanesa.	AO ECA BMC Psychiatry	208 mujeres libanesas en periodo posparto	Evaluar si una puntuación EPDS ≥ 9 el segundo día después del parto (D2) es predictivo de un episodio depresivo entre los días 30-40 posparto (D30-40).	El D2, la puntuación media en la EPDS fue de 7,1 y el 33,3% de las mujeres anotó un EPDS ≥ 9 . En posparto D30-40, la puntuación media fue de 6,5 y el 12,8% presentó una DPP.	La EPDS es una herramienta de detección fiable al D2 después del parto. Las mujeres con EPDS puntuación ≥ 9 o historia de trastorno depresivo mayor, necesitan mayor seguimiento en postparto.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Fernández I; 2014. España	Rb Revista Enfermería Docente	Análisis de 8 artículos.	Revisar la literatura sobre la eficacia del apoyo por parte de profesionales sanitarios y no profesionales a las madres en el periodo posnatal.	No existe consenso sobre utilidad del asesoramiento realizado por madres que han superado la DPP a las madres depresivas. El apoyo de la «doula» se manifiesta útil.	Las mujeres aceptan apoyo de profesionales sanitarios. El apoyo por parte de mujeres con antecedentes de DPP es útil para prevenirla, pero no para tratarla.
Goodman J, Guarino AJ, Prager J; 2014. Canadá	AO Casi Journal Family Nurse	6 mujeres con DPP de 25-37 años	Determinar viabilidad, aceptabilidad y eficacia de <i>Perinatal Dyadic Psychotherapy</i> (PDP) en tratamiento precoz DPP.	Los resultados indican una remisión de los síntomas de depresión y ansiedad.	PDP es un tratamiento prometedor para la DPP, pero hay que tener en cuenta la pequeñez de la muestra.
Kim D, Epperson CN, Wiss A, Wisner K; 2014. EEUU	Rb Expert Opin Pharmacother	12 artículos	Actualizar la opinión de los expertos sobre la farmacoterapia para la prevención y tratamiento de la DPP.	Hay estudios sobre el tratamiento con antidepresivos u otros que evalúan el uso de ácidos grasos omega-3.	Faltan datos en cuanto a la farmacoterapia de DPP. Los SSRI se deben considerar el fármaco de primera línea. Que el omega-3 sea una alternativa sigue siendo tema de debate.

Autor, Año, País	Tipo artículo, Diseño, Revista	Ámbito/Sujetos	Variables/Dimensiones/ Intervención	Resultados	Conclusiones/Implicaciones prácticas/ Investigación
Martínez T, Damian N; 2014. España	Rb Enfermería Universitaria	40 artículos específicos	Determinar las ventajas y desventajas de realizar el contacto piel con piel en sala de partos.	Ventajas: mayor duración de LM, parto humanizado, mejora DPP y mejor termorregulación. Desventajas: episodios letales RN.	El estudio afirma que el contacto piel con piel en la sala de partos disminuye el riesgo de DPP
Frazer C, Stathas SA; 2015. EEUU	FC International J of Childbith Education	Dirigido a los educadores maternos	El artículo aumenta el conocimiento sobre el <i>mindfulness</i> y los beneficios que aporta a la madre y al bebé.	El <i>mindfulness</i> reduce las respuestas de estrés que pueden ser perjudiciales para la mujer embarazada y para el embrión.	La integración de intervenciones <i>mindfulness</i> durante el embarazo ayuda a controlar el dolor, estrés y ansiedad y reduce el riesgo de desarrollar DPP al posparto.

DISCUSIÓN

Se observa disparidad entre autores en el punto de corte aplicado a la escala EPDS para la detección de la DPP. Según Brugha et al. (2010), Moshki et al. (2013), Fernández (2014) y Kim et al. (2014), se considera riesgo de depresión posparto si EPDS ≥ 12 ; Pessagno et al. (2012) si EPDS ≥ 11 ; Neiman et al. (2010), Horowitz et al. (2011), Yawn et al. (2012), Lavña (2013), Negron et al. (2013) y Goodman et al. (2014) si EPDS ≥ 10 ; Neiman et al. (2010), Alderdice et al. (2013) y El-Hachem et al. (2014) si EPDS ≥ 9 .

Ammon et al. (2011) afirman que la DPP es una enfermedad común, que se puede prevenir y que es tratable. Sin embargo, Neiman et al. (2010), Yawn et al. (2012), Bernal et al. (2012) y Slattengren et al. (2013) especifican que es una complicación del posparto que suele malinterpretarse por parte de los profesionales y que, consecuentemente, cuesta de diagnosticar. Según Suárez-Varela (2012), una depresión no tratada puede afectar negativamente a la madre tanto durante el embarazo como en el posparto. Sexton et al. (2012) afirman que la mayoría de mujeres no experimentan una recuperación espontánea. Según Horowitz et al. (2013), hasta la fecha, la mayoría de intervenciones dirigidas a la DPP se han centrado en tratar la depresión materna sin tener en cuenta el desorden materno/infantil asociado.

Es importante constatar que esta enfermedad también puede afectar a los hombres y que hay un 10% de los padres que puede desarrollar la DPP durante el primer año después del nacimiento de su hijo (Ammon et al., 2011).

Prevención de la depresión posparto

Según Bernal et al. (2012), no se sabe con seguridad cuáles son los desencadenantes de la aparición de los trastornos de ánimo durante el posparto, pero si se conoce que existen factores de riesgo facilitadores de su desarrollo, como: las fluctuaciones hormonales, los antecedentes depresivos, la anemia, el estrés, la fatiga, la falta de soporte, las prácticas del parto negativas (traumas perianales, dolor, parto instrumentado, cesárea, no contacto piel con piel y una percepción negativa de la madre) (Bernal et al., 2012; Moshki et al., 2013; El-Hachem et al., 2014; Martínez et al., 2014), el excesivo trabajo de la pareja (Moshki et al., 2013), factores sociodemográficos

(edad joven, estatus económico bajo...) y los cambios físicos y emocionales de la mujer (Bernal et al., 2012).

Ammon et al. (2011) especifican que las distintas maneras de prevenir la DPP son: apoyo social durante el embarazo y el posparto, dormir bien, caminar y, en situaciones de riesgo, hacer psicoterapia o tomar medicación.

Dennis et al. (2013) y Negron et al. (2013) remarcan la importancia del apoyo social para la recuperación física y emocional de la mujer después del parto. Negron et al. (2013) demuestran que la etnia es un factor a tener en cuenta, ya que la forma que tiene la mujer de pedir o movilizar ese apoyo varía considerablemente según el lugar donde proviene. Dennis et al. (2013) comparan las intervenciones realizadas después del parto por profesionales y por no profesionales (apoyo social) y demuestran que ambas reducen el riesgo a desarrollar DPP. También las intervenciones psicológicas y psicosociales reducen ese riesgo. Afirman que las visitas a domicilio por parte de enfermeras, la asistencia telefónica no especializada y la psicoterapia interpersonal son intervenciones eficaces. Según Pressagno et al. (2012), la terapia no farmacológica basada en la psicoterapia y realizada en grupos de madres primerizas disminuye el riesgo de DPP, ayudando a prevenir la enfermedad. Moshki et al. (2013) se basan en la «Multidimensional Health Locus of Control Scale» (MHLC) para determinar la eficacia de una intervención educativa en embarazadas para prevenir la DPP y demuestran que el comportamiento y las creencias de la mujer están directamente relacionados con la DPP. Asimismo, afirman que realizar educación sanitaria en embarazadas incrementa la creencia de que los resultados dependen de uno mismo (Internal HLC) y disminuye la creencia de que los resultados dependen de la suerte (Chance HLC), concluyendo que la educación sanitaria puede ayudar a prevenir la DPP.

Laviña (2013) y Martinez et al. (2014) afirman que realizar durante el parto unas buenas prácticas basadas en la reducción del dolor, el apoyo continuo por parte de la matrona, el inicio precoz de la lactancia materna y el contacto piel con piel de la madre/bebé son factores imprescindibles para prevenir la DPP.

La lactancia materna (LM) protege a la madre de desarrollar DPP porque promueve unos procesos hormonales que atenúan los niveles de cortisol, responsable del estrés y ayuda a la regulación de los patrones de sueño y vigilia y en la interacción madre/bebé. Por otra parte, sufrir síntomas depresivos durante el embarazo es un factor que puede contribuir al fracaso de la LM. (Figueiredo et al., 2013).

Sexton et al. (2012) y Bernal et al. (2012) comentan que es aconsejable la realización de ejercicio físico moderado para la mujer gestante, ya que disminuye el estrés y le produce bienestar. Por tanto, prevé y mejora los síntomas depresivos que pueda tener.

Según apuntan Frazer et al. (2015), otra forma de prevenir la DPP es la integración de intervenciones basadas en el *mindfulness* (atención plena o conciencia plena). Este concepto psicológico consiste en llevar la conciencia del cuerpo y la mente al presente, sin pensar en el pasado ni en el futuro. De esta forma, la persona consigue un mayor equilibrio, una disminución de estrés y consecuentemente una reducción del riesgo de DPP.

Como medida preventiva, también se podrían incorporar protocolos sencillos para detectar una posible depresión en los controles rutinarios ginecológicos de las embarazadas, como por ejemplo la aplicación del Pregnancy Mood Profile (PMP) como detector de síntomas prodrómicos que reflejan el cambio de ánimo durante la gestación (Bernal et al., 2012).

Detección de la depresión posparto

Goodman et al. (2014) confirman que la detección de la DPP de forma precoz es importante. Su aparición suele producirse durante las primeras seis semanas después del parto y si esta depresión continúa después de los seis meses posparto hay un aumento significativo de efectos negativos tanto para la mujer como para el bebé.

Según la mayoría de artículos (Neiman et al., 2010; Brugha et al., 2010; Horowitz et al., 2011; Suárez-Varela, 2012; Pessagno et al., 2012; Yawn et al., 2012; Bernal et al., 2012; Laviña, 2013; Alderdice et al., 2013; Alexandre et al., 2013; Negron et al., 2013; Slattengren et al., 2013; Murphy et al., 2013; Moshki et al., 2013; El-Hachem et al., 2014; Fernández et al., 2014; Goodman et al., 2014; Kim et al., 2014), la herramienta más utilizada y eficaz para identificar una mujer con riesgo de desarrollar una DPP es la *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* y según citan Horowitz et al. (2011), Yawn et al. (2012), Bernal et al. (2012), Murphy et al. (2013) y Goodman et al. (2014), el diagnóstico definitivo de la enfermedad se obtiene a través del DSM-IV(SCID). El-Hachem et al. (2014) demuestran que la EPDS se puede considerar una herramienta de detección fiable a partir de los dos días después del parto, aunque Laviña (2013) comenta que esta escala es realmente fiable a las 6-8 semanas posparto.

Otros estudios citan diferentes escalas con el mismo fin, como *Beck Depression Inventory (BDI)* según Mozurkewich et al. (2011), Suárez-Varela (2012) y Sexton et al. (2012); *Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)* según Neiman et al. (2010) y Murphy et al. (2013); *Postpartum Depression Predictor Inventory-Revised (PDPI-R)* según Neiman et al. (2010); *Escala de Hamilton (Ham-D)* según Suárez-Varela(2012); *The Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS)* según Murphy et al. (2013) y «*Multidimensional Health Locus of Control Scale*» (MHLC) según Moshki et al. (2013). Yawn et al. (2012), Negron et al. (2013) y Slattengren et al. (2013) también citan el cuestionario *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*.

Neiman et al. (2010), Yawn et al. (2012) y Goodman et al. (2014) afirman que la detección precoz, el cribado, la prevención y el tratamiento de la DPP son cruciales para mejorar los resultados tanto en la madre como en el bebé, disminuyendo la mortalidad y morbilidad. Según Slattengren et al. (2013), es esencial incorporar el cribado de la DPP en una visita rutinaria de la mujer en el periodo posparto, ya que un buen cribado y un seguimiento adecuado conducen a mejores resultados. Además, Yawn et al. (2012) muestran la eficacia de un nuevo programa (TRIPPD) en el ámbito de atención primaria que aplica un cribado universal a las mujeres en el periodo posparto, facilitando el diagnóstico de la DPP y, además, mejorando los resultados de las mujeres diagnosticadas con depresión a los 12 meses.

Tratamiento de la depresión posparto

Los antidepresivos son un tratamiento eficaz y el fármaco de primera línea es el inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (SSRI), afirman Ammon et al. (2011), Mozurkewich et al. (2011), Bernal et al. (2012) y Kim et al. (2014). Las mujeres diagnosticadas deben continuar el tratamiento con antidepresivos como mínimo durante 9-12 meses después de la remisión de los síntomas. El uso de más fármacos, como las benzodiacepinas, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo pueden ser necesarios en casos complicados o resistentes al tratamiento con antidepresivos (Kim et al., 2014). Aun así, Neiman et al. (2010), Ammon et al. (2011), Pessagno et al. (2012), Bernal et al. (2012) y Kim et al. (2014) comentan que no es seguro que estos fármacos sean adecuados para el bebé, ya que pueden tener algún efecto secundario tanto en el feto durante el embarazo como en la lactancia materna durante el posparto. Por esta razón, es importante individualizar el tratamiento y considerar los riesgos y beneficios.

La terapia hormonal mediante la administración de estrógenos con progesterona es otra alternativa ante síntomas depresivos, explican Bernal et al. (2012). Sin embargo, Kim et al. (2014) afirman que los suplementos hormonales se utilizan con menos frecuencia que la farmacoterapia, aunque el riesgo de la terapia con estrógenos a corto plazo sea generalmente baja. Además, la duración del tratamiento con estrógenos por la DPP se desconoce. Por tanto, en base a la evidencia actual, afirman que no se recomienda terapia con estrógenos como tratamiento de la DPP. Por otro lado, Ammon et al. (2011) proponen la terapia electroconvulsiva (TEC) como otro tratamiento posible de la DPP, indicada sobre todo en depresiones más severas.

Las intervenciones psicosociales y psicológicas, además de ser eficaces como medida preventiva de la depresión posparto, también son útiles en su tratamiento. Estas intervenciones incluyen psicoterapia, psicoeducación, terapia cognitiva conductual, terapia interpersonal y proporcionar toda la información necesaria (Ammon et al., 2011; Suárez-Varela, 2012; Bernal et al., 2012; Alderdice et al., 2013; Goodman et al., 2014). Además, Murphy et al. (2013) intentan demostrar la eficacia de la intervención *Communicating and relating Effectively (CARE)*, basada en promover la interacción de la madre deprimida y el bebé, ayudándola a interpretar señales de comportamiento del bebé y enseñando a responder de manera sensible y contingente, eliminando las conductas inadecuadas. Sin embargo, los resultados no muestran diferencias entre el grupo control y el experimental. En cambio, Goodman et al. (2014) determinan la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una nueva intervención posible, *Perinatal Dyadic Psychotherapy (PDP)*, para tratar precozmente la DPP. La intervención PDP consta de ocho sesiones realizadas por enfermeras entrenadas a domicilio durante tres meses y se basa en promover la salud mental materna y facilitar las relaciones óptimas de madres e hijos, promoviendo la colaboración de la madre. Hay tres áreas principales de atención: (1) el bienestar, el funcionamiento y el ajuste a la maternidad; (2) la conducta y el desarrollo del bebé; (3) la relación emocional entre madre e hijo. La enfermera proporciona un ambiente emocional positivo, realiza escucha reflexiva, consuela y fomenta la autosuficiencia y el conocimiento de la madre.

Según Ammon et al. (2011) y Suárez-Varela (2012), el ejercicio físico durante el posparto también es efectivo para tratar la DPP, además de ser una medida preventiva, como explican Sexton et al. (2012) y Bernal et al. (2012). Daley et al. (2012) afirman

que este beneficio no está demostrado y que se necesita evaluar su efectividad más a fondo.

Mozurkewich et al. (2011), Miller et al. (2013) y Kim et al. (2014) estudian el uso de suplementos alimenticios para la prevención y el tratamiento de la DPP. Han investigado la eficacia de los suplementos de ácidos grasos Omega-3, así como el suplemento de selenio. Pero los resultados son contradictorios, no hay suficientes pruebas para concluir la efectividad de estos suplementos, ni en la prevención ni en el tratamiento. Son necesarios más estudios que demuestren evidencia científica (Miller et al, 2013).

Bernal et al. (2012) consideran esencial un enfoque multidisciplinario ante una DPP, ya que la necesidad de diferentes tratamientos por diferentes especialistas sugiere la necesidad de un abordaje integral durante el embarazo y el posparto.

Rol de la matrona/enfermera en la atención de la depresión posparto

Según Bernal et al. (2012), Dennis et al. (2013), Alderdice et al. (2013), Alexandre et al. (2013) y Fernández (2014), los profesionales más adecuados para detectar este trastorno de estado de ánimo son enfermeras y matronas, ya que son quienes siguen el embarazo día a día y conocen a la mujer. De acuerdo con Suárez-Valera (2012), la enfermera tiene un papel esencial para prestar atención a las mujeres con problemas psicológicos y de salud mental. Pero Alderdice et al. (2013) identifican poco nivel de evidencia en relación a las intervenciones no invasivas aplicadas por matronas en cuanto a la mejora del bienestar mental de la madre durante el embarazo y no identifican ninguna intervención prenatal que sea definitivamente recomendada en la práctica clínica, aunque se identifican intervenciones prometedoras. Por ello, afirman que se necesitan nuevos estudios para dotar de mayor evidencia y que informen de un nuevo enfoque estratégico sobre la promoción de la salud mental materna. Moshki et al. (2013) demuestran que, en las visitas domiciliarias dirigidas por enfermeras o matronas, su simple presencia, la escucha empática y su buena atención producen un efecto positivo en las madres con DPP.

Fernández (2014) especifica que las mujeres consideran altamente positivo el apoyo dado por profesionales sanitarios. Afirma que el apoyo por parte de otras mujeres que tuvieron una DPP anteriormente no es útil como tratamiento de la madre diagnosticada con DPP, pero sí que se ha demostrado que este tipo de apoyo es útil de forma

preventiva. Además, afirma que el asesoramiento realizado por «doulas», (asistente sin titulación oficial que proporciona información, acompañamiento físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, parto y posparto), sí que es bien recibido y reduce la sintomatología depresiva.

De acuerdo con Alexandre et al. (2013), la mayoría de enfermeras de atención primaria no tienen un conocimiento extenso de la DPP ni de sus síntomas, pero son capaces de identificar muchos factores relacionados con la enfermedad; según este autor, estos profesionales han recibido una formación académica que prioriza las patologías, las técnicas asépticas y la conducta protocolizada. Este estudio demuestra que, después de una intervención dirigida a los profesionales sanitarios enfermeros promoviendo el conocimiento y la detección de la DPP, estos profesionales adquieren competencias para detectarla y tratarla. Además, Brugha et al. (2010) confirman que recibir atención de una enfermera comunitaria entrenada en métodos de detección de síntomas depresivos y del desarrollo de una intervención psicológica tiene un afecto positivo en la prevención de la DPP.

CONCLUSIONES

En la depresión posparto, es necesario un enfoque multidisciplinar y se sugiere realizar un abordaje integral de la mujer durante embarazo, parto y posparto. El rol de matronas y enfermeras para prevenir, detectar y tratar la depresión posparto es esencial e imprescindible. La base para una buena actuación enfermera es valorar la mujer, el bebé y la familia en conjunto y fomentar la interacción positiva entre ellos.

En cuanto a la prevención, las enfermeras deben conocer los factores de riesgo de la depresión posparto que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, proporcionar el apoyo necesario durante embarazo y posparto y fomentar el apoyo por parte de familiares y amigos. Además, una detección precoz de la depresión posparto es importante para poder abordar la enfermedad a tiempo y prevenir complicaciones. Las enfermeras y matronas deben realizar el cribado en las visitas de consulta rutinarias y la herramienta más eficaz para ello es la EPDS, aunque también se pueden utilizar otras escalas.

Las intervenciones psicosociales y psicológicas, realizadas tanto para prevención para tratamiento de la DPP, son cada vez más frecuentes. Asimismo, aumenta el número de estudios que demuestran la eficacia de las intervenciones no farmacológicas realizadas por enfermeras. Sin embargo, el tratamiento farmacológico es una opción a considerar ante un caso de DPP. Por último, las enfermeras también deben conocer la eficacia del ejercicio físico como tratamiento, ya que disminuye el estrés.

BIBLIOGRAFÍA

- ALDERDICE, Fiona, et al. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental Health and well-being. *Midwifery*. 2013, vol. 29, p. 389-399.
- ALEXANDRE, Tamires, et al. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global*. 2013, vol. 12, núm. 1, p. 404-419.
- AMMON, Carol, et al. Beyond the «baby blues». *Harvard Mental Health Letter*. 2011, vol. 28, núm. 3, p. 1-3.
- BERNAL, Francisca, et al. Intervenciones multidisciplinares en la depresión postparto. *Educare*. 2012, vol. 10, núm. 8, p. 1-4.
- BRUGHA, Terry, et al. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine*. 2010, vol. 41, núm. 4, p. 739-748.
- DALEY, Amanda, et al. The effectiveness of exercise as a treatment for postnatal depression: study protocol. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2012, vol. 12, núm. 45, p. 1-8.
- DENNIS, Cindy-Lee, et al. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Collaboration*. 2013, vol. 2, p. 1-211.
- DIO-BLEICHMAR, Emilce. *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy, 1999. ISBN 9788478808212.
- EL-HACHEM, Charline, et al. Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women. *BMC Psychiatry*. 2014, vol. 14, núm. 242, p.1-9.
- FERNÁNDEZ, Isabel. Depresión posparto: si no es profesional, mejor no me apoye. *Revista Enfermería Docente*. 2014, vol. 1, núm. 102, p. 65-66.
- FIGUEIREDO, Barbara, et al. Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *Journal of Pediatrics*. 2013, vol. 89, núm. 4, p. 332-338.

- FRAZER, Christine, et al. Mindfulness: being present in the moment. *International Journal of Childbirth Education*. 2015, vol. 30, núm. 2, p. 77-83.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Canal Salud* [en línea]. Embarazo, parto y posparto. Barcelona: Departament de Salut, 2016. [consulta: 10 de octubre de 2015]. Disponible en:
http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/salut_az/e/embaras_part_i_postpart
- GOODMAN, Janice, et al. Perinatal Dyadic Psychotherapy: design, implementation, and acceptability. *Journal Family Nurs*. 2014, vol. 19, núm.3, p.295-323.
- HOROWITZ, June Andrew, et al. A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2011, vol. 40, núm. 1, p. 52-61.
- KIM, Deborah, et al. Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2014, vol. 15, núm. 9, p. 1223-1234.
- LAVIÑA, Ana Belén. Relación depresión posparto y prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de Atención al parto normal. *Nure Investigación*. 2013, vol. 10, núm. 63, p. 1-13.
- MARTÍNEZ, Teresa, et al. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería Universitaria*. 2014, vol. 11, núm. 2, p. 61-66.
- MASREAL, Fidel. *Conviure amb la depressió*. Barcelona: Mina, 2010. ISBN 9788492541027.
- MILLER, Brendan, et al. Dietary supplements for preventing postnatal depression. *The Cochrane Collaboration*. 2013, vol. 10, p. 1-39.
- MOSHKI, Mahdi, et al. The effect of educational intervention on prevention of postpartum depression: an application of health locus of control. *Journal of Clinical Nursing*. 2013, vol. 23, p. 2256-2263.
- MOZURKEWICH, Ellen, et al. The mothers, Omega-3 and mental Health study. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2011, vol. 11, núm. 46, p. 1-9.
- MURPHY, Christine, et al. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2013, vol. 42, núm, 3, p. 287-300.

- NEGRON, Rennie, et al. Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectatioins, and mobilization of support. *Maternal Child Health Journal*. 2013, vol. 17, núm. 4, p. 616-623.
- NEIMAN, Stephanie, et al. Best practice guidelines for the nurse practitioner regarding screening, prevention, and management of postpartum depression. *Critical Care Nursing Science Quarterly*. 2010, vol. 33, núm. 3, p. 212-218.
- PERRY, Lowdermilk. *Enfermería materno-infantil*. Madrid: Harcourt Brace, 1998. ISBN 8481743216.
- PESSAGNO, Richard, et al. Using short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2012, vol. 49, núm. 3, p. 202-209.
- SADGROVE, Judy. *Tu salud después del parto*. Barcelona: Hispano Europea, 1999. ISBN 9788425512841.
- SEXTON, Minden, et al. Predictors of recovery from prenatal depressive symptoms from pregnancy through postpartum. *Journal of Women's Health*. 2012, vol. 21, núm. 1, p. 43-49.
- SLATTENGREN, Andrew, et al. Should you screen for postpartum depression? *Journal of family practice*. 2013, vol. 62, núm. 11, p. 1-3.
- SUÁREZ-VARELA, Inmaculada. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión posparto. *Nure Investigación*. 2012, Vol. 60, p. 1-17.
- YAWN, Barbara, et al. TRIPPD: A practice-based network effectiveness study of postpartum depression screening and management. *Annals of Family Medicine*. 2012, vol. 10, núm. 4, p. 320-329.