

OCTUBRE 2018

Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal

Segunda Edición



Aviso legal

Estas guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras, otros profesionales del equipo interprofesional, o las instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso escrito de RNAO. En todo el material copiado han de aparecer la correspondiente citación o referencia de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario. Assessment and Interventions for Perinatal Depression. 2nd ed. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2018. [Valoración e intervenciones para la depresión perinatal. 2ª ed.]

Financiación

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario (Ontario Ministry of Health and Long-Term Care). Todo el trabajo producido por RNAO es editorialmente independiente de su fuente de financiación.

Información de contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario, M5H 1L33

Sitio web: www.RNAO.ca/bpg



Valoración e Intervenciones para la Depresión Perinatal

Segunda Edición

Saludo de Doris Grinspun,

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario



La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se complace en ofrecer la segunda edición de la guía de buenas prácticas clínicas *Valoración e intervenciones para la depresión perinatal*. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la excelencia en la atención que los profesionales de la salud ofrecen en su práctica clínica diaria. La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este interesantísimo recurso.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra visión de las guías de buenas prácticas, como el Gobierno de Ontario, que ha reconocido la capacidad de RNAO para liderar el desarrollo de este programa y que ofrece para ello su financiación plurianual. También queremos dar las gracias a las presidentas del panel de expertos, la Dra. Angela Bowen (Professor, College of Nursing and Department of Psychiatry, University of Saskatchewan) y la Dra. Phyllis Montgomery (Professor, School of Nursing, Laurentian University) por su inestimable experiencia y excelente gestión. Asimismo, queremos reconocer la labor del personal de RNAO, como Katherine Wallace (Líder de Desarrollo de la Guía), Glynis Gittens (Coordinadora de Proyecto), Laura Ferreira-Legere (Lead Nursing Research Associate), Greeshma Jacob (Nursing Research Associate), Dra. Lucia Costantini, (Former Associate Director of Guideline Development, Research and Evaluation), Dra. Valerie Grdisa (Former Director, International Affairs and Best Practice Guidelines), y al resto del equipo de Investigación y Desarrollo de las Guías de Buenas Prácticas por su intenso trabajo para la producción de la presente Guía. Por último, no podemos dejar de agradecer muy especialmente a los miembros del panel de expertos por dedicar generosamente su tiempo, conocimientos y puntos de vista para crear un recurso riguroso y sólido que orientará la formación y la práctica de millones de profesionales sanitarios. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

El uso exitoso de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de educadores, profesionales clínicos, empleadores, legisladores e investigadores. La comunidad enfermera y sanitaria en general, con su inquebrantable compromiso y búsqueda de la excelencia en los cuidados al paciente, ofrece sus conocimientos técnicos, así como innumerables horas de trabajo voluntario, esencial para el desarrollo de cada nueva Guía de buenas prácticas. Las instituciones y empresas han respondido con entusiasmo nombrando impulsores de buenas prácticas, implantando las guías y evaluando su impacto en los resultados de pacientes y organizaciones. Los gobiernos nacionales y extranjeros también se han unido a este esfuerzo. Juntos, estamos construyendo una cultura de práctica basada en la evidencia que nos beneficia a todos.

Le invitamos a que comparta esta guía con sus colegas enfermeros y de otras profesiones. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos debemos asegurarnos de que los usuarios reciban los mejores cuidados posibles cada vez que entren en contacto con nosotros: ¡hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este importante esfuerzo!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style with a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(Hon), Dr (hc), FAAN, O. ONT
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Octubre 2018

A handwritten signature in blue ink that reads "Teresa Moreno".

Índice de Contenidos

ANTECEDENTES	Cómo utilizar este documento	6
	Objetivos y ámbito de aplicación	7
	Interpretación de la evidencia	10
	Calidad de la evidencia	11
	Resumen de recomendaciones	12
	Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO	15
	Panel de expertos de RNAO	16
	Agradecimiento a los colaboradores	18
	Antecedentes	23
Marcos de referencia	30	
Algoritmo para el cuidado de la depresión perinatal	32	
RECOMENDACIONES	Recomendaciones para la práctica	34
	Recomendaciones para la formación	87
	Recomendaciones para la organización y el sistema	97
	Lagunas en la investigación e implicaciones futuras	101
	Estrategias de implantación	103
	Evaluación de la Guía	105
	Proceso de actualización y revisión de las Guías	108
REFERENCIAS	Referencias	109

Índice de Contenidos

Anexo A: Glosario	123	ANEXOS
Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía.	129	
Anexo C: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	130	
Anexo D: Diversidad entre personas embarazadas y puérperas con depresión perinatal	136	
Anexo E: Ejemplos de herramientas de cribado de la depresión perinatal	145	
Anexo F: Ejemplos de herramientas de valoración de la depresión perinatal	149	
Anexo G: Consideraciones para seleccionar una herramienta de cribado de la depresión perinatal	151	
Anexo H: Respuesta ante un riesgo identificado de suicidio materno	154	
Anexo I: Escala de depresión posparto de Edimburgo	156	
Anexo J: Escala de depresión posparto de Edimburgo - francés	157	
Anexo K: Aplicación e interpretación de la escala de depresión posparto de Edimburgo	158	
Anexo L: Recursos adicionales	160	
Anexo M: Descripción de la Herramienta	163	
		APOYOS
Apoyos	164	
		NOTAS
Notas	166	

Cómo utilizar este documento

Esta **Guía de buenas prácticas (GBP)^G** es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la práctica basada en la evidencia. No pretende ser un manual o una guía de instrucciones, sino una herramienta para guiar las buenas prácticas y mejorar la toma de decisiones de las **enfermeras^G**, el **equipo interprofesional^G**, docentes, legisladores y responsables del desarrollo de políticas, **personas^G** y **familias^G**, en la valoración y en las **intervenciones^G** frente a la **depresión perinatal^G**. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno, así como de las necesidades y preferencias de las personas que acceden al sistema de salud para recibir cuidados y servicios y de sus familias. Además, esta Guía proporciona una visión general de las estructuras y respaldo adecuados para ofrecer los mejores cuidados posibles basados en la evidencia.

Las enfermeras, el equipo interprofesional, los gestores y administradores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica hallarán útil este documento de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas de formación, valoraciones, intervenciones y herramientas de documentación. Aquellos que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de revisar las recomendaciones y las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones. Se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo.

Si su institución adopta esta Guía, recomendamos que sigan los siguientes pasos:

1. Evaluar sus políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos en relación con las recomendaciones de esta Guía.
2. Identificar las necesidades o lagunas que presentan tales políticas, procedimientos, protocolos y programas formativos.
3. Anotar las recomendaciones que sean aplicables al entorno concreto y que puedan aplicarse para abordar las lagunas o necesidades de la institución.
4. Desarrollar un plan para implantar las recomendaciones, fomentar las buenas prácticas y evaluar los resultados.

Algunos recursos de la ciencia de implantación, incluida la *Herramienta de RNAO: Implantación de guías de buenas prácticas* (1), están disponibles en: www.RNAO.ca. Además, Todas las Guías de buenas prácticas de RNAO se pueden descargar en su sitio web RNAO.ca/bpg. Para localizar guías concretas se puede buscar por palabra clave o por tema.

Nos gustaría saber cómo ha implantado esta Guía. Comparta su experiencia con nosotros.

* A lo largo de este documento, los términos **en negrita** marcados con un superíndice con el símbolo **G^(G)** pueden encontrarse en el Glosario (**Anexo A**).

Objetivos y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas (GBP) de RNAO son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones para las enfermeras y el equipo interprofesional (incluyendo, entre otros, médicos, matronas, trabajadores sociales, consultores de lactancia y psicólogos), así como para educadores gestores y legisladores, y para las personas y sus familias, con el fin de mejorar los resultados en temas específicos de tipo clínico y sobre entornos laborales saludables (2). La presente GBP sustituye a la Guía de RNAO *Intervenciones para la depresión posparto* (3). El objetivo de esta GBP es presentar recomendaciones basadas en la evidencia para enfermeras y demás miembros del equipo interprofesional en todos los entornos asistenciales para mejorar la calidad de su práctica y promover una menor incidencia de depresión perinatal mediante la implantación de cinco componentes en los cuidados: **cribado**^G de rutina, valoración, prevención, **intervenciones**^G coordinadas y evaluación. En esta GBP, la depresión perinatal hace referencia a un trastorno emocional que se produce durante el embarazo y el posparto, y hasta un año después del nacimiento. Cuando proceda, se identifica la depresión que se produce solo durante el embarazo (es decir, **depresión prenatal**^G) o en el posparto (es decir, **depresión posparto**^G).

En 2015, RNAO convocó a un panel de expertos constituido por un grupo de individuos procedentes de distintos entornos de atención sanitaria expertos en depresión perinatal. El panel tenía carácter interprofesional, y se componía de enfermeras y miembros del equipo interprofesional que desempeñasen cargos clínicos, administrativos y académicos. El panel de expertos ha trabajado con personas con depresión perinatal y con sus familias en diferentes entornos sanitarios, como cuidados agudos, atención comunitaria, salud pública y atención primaria, así como con diferentes instituciones, incluyendo asociaciones y centros formativos.

El alcance de esta GBP reconoce la depresión perinatal como el trastorno del estado de ánimo más común durante el embarazo y el posparto, según indican las conclusiones de la evidencia en esta área y el consenso del panel de expertos de RNAO. Por ello se excluyeron el resto de trastornos perinatales del estado de ánimo (p.ej., la psicosis posparto) o la ansiedad, ya sean como comorbilidad o morbilidad única. Por otro lado, aunque se reconoce el impacto que puede tener la depresión perinatal en la pareja, bebés, otros niños y en las familias (según la define la persona), el alcance de esta GBP se limita a la persona en riesgo de desarrollar depresión perinatal.

El panel de expertos declara, como principio general, que todas las personas que padecen o pueden estar en riesgo de padecer depresión perinatal deben tener acceso a cribado, valoración, prevención, intervención y evaluación de forma rutinaria, utilizando enfoques basados en la evidencia. Este planteamiento ofrece la oportunidad de identificar necesidades y objetivos de la persona con depresión perinatal, mejorar los resultados y mitigar los riesgos asociados a la falta de tratamiento.

Tipos de recomendaciones

Las recomendaciones de esta GBP son aplicables a la asistencia clínica en diversos entornos comunitarios y sanitarios. Todas las recomendaciones se basan en las conclusiones de **revisiones sistemáticas**^G sobre las valoraciones e intervenciones clínicas, los enfoques educativos y las estrategias de la organización y los sistemas que son más efectivos.

La mayoría de las recomendaciones de esta GBP corresponden a la depresión en el embarazo y el posparto. La excepción es cuando la evidencia se centra bien en las personas embarazadas o bien en las púérperas, en cuyo caso la recomendación específica si se trata de depresión prenatal o posparto. Las recomendaciones son de tres tipos.

- **Recomendaciones para la práctica^G**, dirigidas principalmente a las enfermeras y el equipo interprofesional que prestan atención clínica a personas embarazadas y en periodo posparto en riesgo de desarrollar o que tienen depresión perinatal, en todo el espectro de sectores asistenciales (p.ej., cuidados agudos, cuidados domiciliarios) y en la comunidad (p.ej., atención primaria y salud pública). Todas las recomendaciones son aplicables al ámbito de práctica de enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
- **Recomendaciones para la formación^G**, dirigidas a los responsables de la educación y formación de enfermeras y equipos interprofesionales, como docentes, equipos de mejora de la calidad, gestores, administradores e instituciones académicas y profesionales. Estas recomendaciones esbozan el contenido básico y las estrategias de formación necesarias para los planes de estudios de nivel universitario, la formación continua y el desarrollo profesional para todos los miembros del equipo interprofesional.
- **Recomendaciones para la organización y el sistema^G**, de aplicación para todos los gestores, administradores y legisladores responsables de desarrollar políticas y directrices o de garantizar que existen los apoyos necesarios en las organizaciones sanitarias para la implantación de las buenas prácticas.

Las recomendaciones en las tres áreas (para la práctica, para la formación, y para la organización y el sistema), se centran en estrategias basadas en la evidencia que las enfermeras y el equipo interprofesional necesitan para el cribado, la valoración, la prevención, las intervenciones y la evaluación de la depresión perinatal. Además, las recomendaciones describen los recursos necesarios para unos servicios de salud mental coordinados y ayudas frente a la depresión perinatal en las distintas regiones y comunidades. Para lograr una efectividad óptima, los tres tipos de recomendaciones se deben implantar simultáneamente.

Las recomendaciones relativas a herramientas de cribado y valoración integran la literatura revisada, pero no se define la preferencia por ninguna herramienta en concreto. Se anima a las organizaciones a elegir una herramienta de cribado y valoración respaldada por la evidencia. Se incluyen ejemplos de herramientas para el cribado y la valoración de la depresión perinatal en el [Anexo E](#) y el [Anexo F](#).

La implantación de las recomendaciones incluidas en esta GBP puede verse afectada por varios factores. Estos incluyen: las políticas y procedimientos de cada organización, la legislación gubernamental y las características demográficas y socioeconómicas de la persona que accede a los servicios de salud mental y asistencia en depresión perinatal.

Discusión de la evidencia

La discusión de la evidencia que sigue a cada recomendación contiene cinco partes:

1. El “Resumen de evidencia” señala la investigación en que se apoya a partir de las revisiones sistemáticas que se relacionan directamente con la recomendación.
2. Los “Beneficios y daños” informan sobre cualquier aspecto del cuidado que favorezca o perjudique la salud y el bienestar de la persona con depresión perinatal. El contenido de este apartado incluye investigación a partir de revisiones sistemáticas.
3. “Valores y preferencias” indica la priorización de los enfoques o planteamientos que facilitan la equidad en salud y la importancia de tener en cuenta la forma de atención deseada. El contenido de la sección “Valores y Preferencias”, puede incluir o no incluir investigación a partir de revisiones sistemáticas. Si procede, el panel de expertos de RNAO y las **partes de interés^G** contribuyen en este apartado.
4. Las “Notas prácticas” destacan información pragmática para las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional. Este apartado puede incluir evidencia que se apoya en otras fuentes (p.ej., de otras guías de buenas prácticas o del panel de expertos de RNAO).

5. Los “Recursos de apoyo” incluyen una lista de estudios de investigación, recursos y sitios web de interés que respaldan las recomendaciones para la práctica clínica, la formación y las recomendaciones para el sistema y la organización. El contenido recogido en este apartado no formó parte de la revisión sistemática y su calidad no ha sido evaluada. Así, la lista no es exhaustiva y la inclusión de un recurso en la misma no implica que cuente con el respaldo de RNAO.

Uso del término "persona" en esta Guía

Se reconoce que la depresión perinatal no sólo la padecen las mujeres embarazadas y puérperas, sino que también pueden experimentarla otras personas que pueden encontrar que identificadores como "mujer", "ella" o "madre" no son representativos o inclusivos (4). En atención a esta consideración, se usan los términos "persona" o "progenitor" en la medida de lo posible. Para un análisis más detallado sobre la diversidad poblacional y la depresión perinatal, se puede consultar el [Anexo D](#).

Guías de RNAO y recursos acordes con esta Guía:

Los siguientes recursos y GBP de RNAO pueden ayudar a enfermeras y equipos interprofesionales a implantar esta Guía:

- *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines (2012); (Herramienta de implantación de buenas prácticas)*
- *Developing and Sustaining Interprofessional Health Care (2013)*
- *Social determinants of health^G (2013)*
- *Working with Families to Promote Safe Sleep for Infants 0 – 12 Months of Age (2014)*
- *Engaging Clients Who Use Substances (2015)*
- *Person- and Family-Centred Care (2015); (Cuidados centrados en la persona y la familia)*
- *Intra-Professional Collaborative Practices among Nurses (2016); (Práctica colaborativa en los equipos de enfermería)*
- *Crisis Intervention for Adults Using a Trauma-Informed Approach (2017); (Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos)*
- *Integrating Tobacco Interventions into Daily Practice (2017); (Integrar las intervenciones relacionadas con el consumo de tabaco en la práctica clínica)*
- *Implementing Supervised Injection Services (2018)*
- *Breastfeeding – Promoting and Supporting the Initiation, Exclusivity, and Continuation of Breastfeeding for Newborns, Infants, and Young Children (2018); (Lactancia materna - fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños)*

A continuación de las recomendaciones de la guía y de las discusiones de la evidencia se encuentra la lista de referencias y los anexos. El [Anexo B](#) detalla el proceso de desarrollo de esta GBP y el [Anexo C](#) describe el proceso utilizado en las revisiones sistemáticas y las estrategias de búsqueda. El resto de anexos incluyen recursos relativos al cribado, la valoración, la prevención, las intervenciones y la evaluación de la depresión perinatal.

Interpretación de la Evidencia

Los *niveles de evidencia* se asignan a cada estudio para indicar el tipo de diseño de investigación. Cuanto mayor es el nivel de evidencia, menor es la probabilidad de que los resultados de la investigación se vean influidos por potenciales sesgos, reduciendo así las explicaciones alternativas del fenómeno de interés. Los niveles de evidencia no reflejan la calidad de los estudios individuales o las revisiones.

En algunos casos, las recomendaciones tienen asignado más de un nivel de evidencia. Esto refleja la inclusión de múltiples estudios para respaldar la recomendación. Para ofrecer la mayor transparencia, en la discusión de la evidencia se señalan los niveles de evidencia para cada componente de la recomendación.

Tabla 1: Niveles de Evidencia

NIVEL	FUENTE DE LA EVIDENCIA
Ia	Evidencia obtenida de metaanálisis^G o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados^G , y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado^G no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental^G , no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa^G .
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales, bien diseñados, como estudios analíticos^G o estudios descriptivos^G , y/o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Fuentes: Adaptado por el Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO (RNAO Best Practice Guideline Research and Development Team) a partir de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh (UK): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011; y Pati D. A framework for evaluating evidence in evidence-based design. HERD. 2011;21(3):105–12.

Calidad de la Evidencia

Se ha evaluado la calidad de cada estudio de investigación mediante herramientas de evaluación crítica. La calidad se ha categorizado como de nivel alto, moderado o bajo y se ha citado en la discusión de la evidencia. Las herramientas de evaluación crítica **validadas**^G y publicadas que se han empleado para juzgar la solidez metodológica de los estudios han sido CASP (*Critical Appraisal Skills Program*), para estudios primarios, y AMSTAR (**Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews**), para revisiones sistemáticas. La calificación de la calidad se calculó convirtiendo en un porcentaje la puntuación de la herramienta en cuestión.

Cuando se han empleado otras guías para fundamentar la recomendación y la discusión de la evidencia, se ha utilizado el instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II*) para evaluar la calidad. Las **Tablas 2 y 3** señalan las puntuaciones de calidad necesarias para alcanzar una calificación de calidad alta, moderada o baja.

Tabla 2: Calificación de la calidad de las revisiones mediante herramientas de evaluación crítica

CALIFICACIÓN DE CALIDAD EN HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN	CALIFICACIÓN DE CALIDAD GENERAL
Mayor o igual a una puntuación convertida de 82,4%	Alta
Puntuación convertida de 62,5 – 82,3%	Moderada
Menor o igual a una puntuación convertida de 62,4%	Baja

Tabla 3: Calificación de la calidad de las Guías según AGREE II

CALIFICACIÓN DE CALIDAD SEGÚN AGREE II	CALIFICACIÓN DE CALIDAD GENERAL
Puntuación de 6 o 7 en la calidad general de la guía	Alta
Puntuación de 4 o 5 en la calidad general de la guía	Moderada
Puntuación inferior a 4 en la calidad general de la guía	Baja (no utilizada para respaldar las recomendaciones)

Resumen de recomendaciones

Esta Guía sustituye a la GBP de RNAO *Intervenciones para la depresión posparto* (3).

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Pregunta de Investigación n° 1: En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué estrategias de cribado y valoración son efectivas para identificar síntomas de depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?</p>		
<p>1.0 Valoración</p>	<p>Recomendación 1.1: Realizar un cribado rutinario para el riesgo de depresión perinatal, usando una herramienta válida, como parte de los cuidados prenatales y de posparto.</p>	<p>Ia, IV, V</p>
	<p>Recomendación 1.2: Llevar a cabo o facilitar el acceso a una valoración integral de depresión perinatal a las personas con un cribado positivo para depresión perinatal.</p>	<p>IIb, IV, V</p>
<p>Pregunta de investigación n° 2: En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué intervenciones son efectivas para quienes sufren depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?</p>		
<p>2.0 Intervenciones</p>	<p>Recomendación 2.1: Colaborar con la persona para desarrollar un plan de cuidados integral centrado en la persona, en el que se incluyan sus objetivos, para las personas con un cribado o una valoración positivos para depresión perinatal.</p>	<p>Ia, IV, V</p>
	<p>Recomendación 2.2: Implantar estrategias de prevención para la depresión perinatal para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad.</p>	<p>Ia, Ib, IIb</p>
	<p>Recomendación 2.3: Promover estrategias de autocuidado para personas en riesgo o que sufren depresión perinatal, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tiempo para sí mismas (nivel de evidencia = IV); ■ Ejercicio (nivel de evidencia = Ia); ■ Relajación (nivel de evidencia = Ib); y ■ Sueño (nivel de evidencia = Ia, IV). 	<p>Ia, Ib, IV</p>
	<p>Recomendación 2.4: Alentar a las personas con síntomas de depresión perinatal a que busquen apoyo de su pareja, su familia, sus redes sociales y sus pares, cuando proceda.</p>	<p>Ia, Ib, IV</p>

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA		NIVEL DE EVIDENCIA
2.0 Intervenciones	Recomendación 2.5: Proporcionar o facilitar acceso a intervenciones psicoeducativas para personas en riesgo o que sufren depresión perinatal.	Ib
	Recomendación 2.6: Proporcionar o facilitar acceso a intervenciones psicosociales dirigidas por un profesional, incluyendo orientación no directiva, para personas con depresión perinatal.	Ia, Ib
	Recomendación 2.7: Proporcionar o facilitar acceso a psicoterapias, tales como terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal, para la depresión perinatal.	Ia, Ib
	Recomendación 2.8: Apoyar la toma de decisiones informadas y abogar por el acceso a intervenciones farmacológicas para la depresión perinatal, según proceda.	Ia, Ib
	Recomendación 2.9: Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso de terapias médicas complementarias y alternativas para la depresión perinatal.	Ia
	Recomendación 2.10: Evaluar y revisar un plan de cuidados para la depresión perinatal en colaboración con la persona, hasta alcanzar los objetivos propuestos. Incluir a la pareja, la familia y sus redes de apoyo, cuando proceda.	V

RECOMENDACIONES PARA LA FORMACIÓN		NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Pregunta de investigación n° 3: ¿Qué educación y formación son necesarias en materia de depresión perinatal para garantizar que enfermeras y miembros del equipo interprofesional realizan valoraciones e intervenciones efectivas?</p>		
<p>3.0 Educación</p>	<p>Recomendación 3.1 Desarrollar programas educativos sobre atención a la depresión perinatal que incorporen teoría y práctica clínica en los planes de estudios universitarios de enfermería y de otras profesiones sanitarias afines.</p>	IV
	<p>Recomendación 3.2: Participar en actividades de desarrollo profesional continuo para mejorar los conocimientos y las competencias en materia de salud mental y apoyo a la depresión perinatal.</p>	Ia, IIb, IV
	<p>Recomendación 3.3: Reflexionar con regularidad sobre las propias actitudes y creencias con respecto a la depresión perinatal.</p>	Ia, IV
RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN Y EL SISTEMA		NIVEL DE EVIDENCIA
<p>Pregunta de investigación n° 4: ¿Cómo garantizan las organizaciones sanitarias y el sistema sanitario en conjunto la prevención, la valoración y las intervenciones óptimas para la depresión perinatal?</p>		
<p>4.0 Organización y sistema</p>	<p>Recomendación 4.1 Implantar en la comunidad servicios integrales y coordinados de salud mental y apoyo para la depresión perinatal, con el fin de respaldar las estrategias asistenciales llevadas a cabo por las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional.</p>	Ib, IV

Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO

Katherine Wallace, RN, BScN, BHSc

(Midwifery), MHS

Guideline Development Lead

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Greeshma Jacob, RN, MScN

Guideline Development Methodologist

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Glynis Gittens, BA (Hons.)

Guideline Development Project Coordinator

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Megan Bamford, RN, BScN, MScN

Senior Manager

Guideline Development and Research

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Dr. Lynn Anne Mulrooney, RN, MPH, PhD

Senior Policy Analyst

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Dr. Shanoja Naik, PhD, MPhil, MSc, BEd, BSc

Data Scientist/Statistician-Health Outcomes Research,

NQuIRE

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Dr. Lucia Costantini, RN, PhD

Former Associate Director

Guideline Development, Research & Evaluation

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Laura Legere, RN, MScN

Former Senior Nursing Research Associate

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Ifrah Ali, BA (Hons)

Guideline Development Project Coordinator

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Dr. Valerie Grdisa, RN, MS, PhD

Former Director

International Affairs and Best Practice

Guidelines Centre

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Rita Wilson, RN, MN, MEd

eHealth Program Manager

Registered Nurses' Association of Ontario

Toronto, ON

Panel de expertos de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)

Angela Bowen, RN, PhD

Panel Co-Chair

Professor

College of Nursing and Department of Psychiatry

College of Medicine

University of Saskatchewan

Saskatoon, SK

Phyllis Montgomery, RN, PhD

Panel Co-Chair

Professor, School of Nursing

Laurentian University

Sudbury, ON

Teresa Bandrowska, RM

Lead Midwife, Ottawa Birth and Wellness Centre

Partner, Midwifery Group of Ottawa

Ottawa, ON

Jessica Bawden, RN (EC), MScN

Primary Health Care Nurse Practitioner

Women's College Hospital Family Health Centre

Toronto, ON

Heidi Birks, RPN

Professional Practice Associate

Registered Practical Nurses Association of Ontario

Mississauga, ON

Sue Bookey-Bassett, RN, BScN, MEd, PhD

Research and Development Leader

Collaborative Academic Practice,

Academic Affairs Research & Innovation

University Health Network

Toronto, ON

Barbara Bowles, RN, BScN, PNC(C)

Staff Nurse

Niagara Health

St. Catharines, ON

Shannon Dowdall-Smith, RN, PhD

Foundational Standard Specialist

Sudbury District Health Unit

Sudbury, ON

Marilyn Evans, RN, PhD

Associate Professor

Arthur Labatt Family School of Nursing

University of Western Ontario

London, ON

Denise Hébert, RN, MSc

Program Manager

Healthy Babies, Healthy Children Program

Ottawa Public Health

Ottawa, ON

Bernadette Kint, RN, BACUR, CCHN

Manager, Healthy Families

Toronto Public Health

Toronto, ON

Karen McQueen, RN, PhD

Associate Professor

School of Nursing

Lakehead University

Thunder Bay, ON

Lynn Moulton, RN, BN, MPH, IBCLC

Public Health Nurse

Reproductive Child Health Program

Durham Region Health Department

Whitby, ON

Linda Rankin, EdD(c), MA, BSW, RSW, ECE

Director,
Northern Ontario Postpartum Mood Disorder Strategy
Thunder Bay, ON

Simone Vigod, MD, MSc, FRCPC

Psychiatrist, Women's College Hospital
Assistant Professor, University of Toronto
Toronto, ON

Todos los miembros del panel de expertos de la RNAO realizaron declaraciones de conflicto de intereses que pudieran interpretarse como indicativas de un conflicto real, potencial o aparente, y se pidió a todos los miembros que actualizaran dicha información con regularidad durante todo el proceso de desarrollo de la guía. Asimismo, se solicitó información acerca de los intereses económicos, intelectuales, personales y de otro tipo, y todo ello se documentó para futuras consultas. No se identificaron conflictos que supusieran una limitación. Las declaraciones de conflicto de intereses se publican en un documento aparte en el sitio web de la RNAO.



Agradecimiento a los colaboradores

Como parte del desarrollo de las guías de buenas prácticas, RNAO se compromete a recabar la respuesta de: a) enfermeras de distintos entornos y especialidades; b) administradores bien informados y financiadores de servicios de salud; y c) asociaciones representantes de otras partes interesadas. Para esta Guía, se ha solicitado su aportación a distintas partes interesadas que representan diversas perspectivas*, y por ello RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución.

Sarah Anderson, RN, BScN, MN(c)

Nursing Instructor Algonquin College
Ottawa, ON

Philippa Bodolai, MSc, RECE

Analyst, Research and Policy
Peel Public Health
Mississauga, ON

Ruth Burtnik, RN, BScN

Public Health Nurse
Niagara Region Public Health
Thorold, ON

Jaime Charlebois, RN, BScN, PNC(C), MScN

Perinatal Mood Disorder Community Development
Coordinator
Orillia Soldiers' Memorial Hospital
Orillia, ON

Barbara Chyzy, PhD(c)

PhD Candidate, Research
University of Toronto
Toronto, ON

Stefanie Culp, RN, BScN

NICU/Pediatrics
William Osler Health System
Brampton, ON

Ariel Dalfen, MD, FRCP(c)

Psychiatrist, Perinatal Mental Health
Mount Sinai Hospital
Toronto, ON

Lisa De Panfilis RN, BScN

Research Assistant
McMaster University
Hamilton, ON

Cindy-Lee Dennis, RN, PhD

Professor and Canada Research Chair in Perinatal
Community Health
University of Toronto and St. Michael's Hospital
Toronto, ON

Jocelyne Doucet, RN

Public Health Nurse
Algoma Public Health
Sault Ste. Marie, ON

Jasmine Gandhi, MD, FRCPC

Program Leader
Ottawa Regional Perinatal Mental Health Program
The Ottawa Hospital
Ottawa, ON

Valerie Giroux, MDCM, FRCPC

Psychiatrist
Montfort Hospital
Ottawa, ON

Bettyann Goertz, RN, BScN

Staff Nurse
London Health Sciences Centre
London, ON

Meghan Gyorffy, RN, BScN

Public Health Nurse, Child Health Program
Simcoe Muskoka District Health Unit
Gravenhurst, ON

Kimberley Harkness, RN (EC), MN, PNC(C)

Nurse Practitioner
University Health Network
Toronto, ON

The Healthy Human Development Table

Public Health Ontario
Toronto, ON

Carol Johnson, RN, BScN, CMPHN(C) PHN

Postpartum Clinician
Timiskaming Health Unit
New Liskeard, ON

Michelle Jones, RN, BScN

Public Health Nurse
Algoma Public Health
Sault Ste. Marie, ON

Lisa Keenan-Lindsay RN, MN, PNC(C)

Professor of Nursing
Seneca College
Toronto, ON

Margaret Lebold, RN, BSc, BA, BScN

Public Health Nurse
Region of Peel
Mississauga, ON

Nicole Letourneau, RN, BN, MN, PhD, FCAHS

Professor & ACHF Chair
Parent-Infant Mental Health
University of Calgary
Calgary, AB

Madeline Logan-John Baptiste, RN, BScN, ENC(c), MBA

Patient Care Manager
Mackenzie Health
Richmond Hill, ON

Cailin MacMillan, RN, BNSc

Public Health Nurse
Leeds, Grenville, and Lanark District Health Unit
Gananoque, ON

Grazyna Mancewicz, RSW, MEd

Social Worker/Therapist
Parkdale Community Health Centre
Toronto, ON

Kimberley Marshall, RN, BScN

Public Health Nurse
Leeds, Grenville, and Lanark District Health Unit
Gananoque, ON

Christine McIntee, RN

Lived Experience
Oshawa, ON

Efisía Orsini, RN, BScN, MHA

Public Health Nurse
Niagara Region Public Health
St. Catharines, ON

Sarah Parkinson, RN, MScN, PNC(C)

Clinical Nurse Specialist
London Health Sciences Centre
London, ON

Tanya Patry, RN, BScN, IBCLC

Public Health Nurse
Huron County Health Unit
Walkerton, ON

Laurie Peachey, RN, MN, PNC(C)

Assistant Professor
Nipissing University
North Bay, ON

Cindy Pritchard, NP, RN(EC)

Nurse Practitioner
Outpatient Mental Health
Ontario Shores for Mental Health Sciences
Whitby, ON

Fiona Proctor, RN

Lived Experience
Singhampton, ON

Lorrie Reynolds, RN, BScN, MHA, CHE

Director Maternal Child
Professional Practice/Deputy Chief of Nursing
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Lori Ross, PhD

Associate Professor
Dalla Lana School of Public Health
University of Toronto
Toronto, ON

Rosemary Scofich, RN, BScN, BA

Public Health Nurse
Thunder Bay District Health Unit
Thunder Bay, ON

Joanne Seitz, MSN, WHNP-BC, CPHQ

Women's Health Nurse Practitioner
Kaiser Permanente Napa Solano
Napa, CA, US

Poonam Sharma, RN, MN

Public Health Nurse
Region of Peel, Public Health Division
Mississauga, ON

Janet Siverns, RN, MSc

Reproductive Health Team
Public Health Unit
Oakville, ON

Mary Srebot, RN, PNC(C)

Charge Nurse
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, ON

Donna Stewart, CM, MD, FRCPC

Professor
University Health Network
Centre for Mental Health
University of Toronto
Toronto, ON

Hilda Swirsky, RN, BScN, MED

Staff Nurse
Sinai Health System
Toronto, ON

Tanya Tulipan, MD

Psychiatrist and Physician
Co-Lead Reproductive Mental Health Services
IWK Health Centre
Halifax, NS

**Kari Van Camp, RN (EC), MScN, CPMHN(C),
CARN-AP, PMHS, CPNP-PC, FNP-BC**

Nurse Practitioner
Centre for Addiction and Mental Health (CAMH)
Toronto, ON

Jeanie Wyre-Clarke, RN, BScN, MSN

Public Health Nurse
Toronto Public Health
Toronto, ON

*Los revisores de las partes interesadas para las GBP de RNAO se identificaron de dos formas. En primer lugar, se hizo un llamamiento mediante un anuncio público incluido en el sitio web de la RNAO ([RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder](https://rnao.ca/bpg/get-involved/stakeholder)). Después, el equipo de Investigación y desarrollo de RNAO y el panel de expertos identificaron a instituciones e individuos clave con experiencia en el área de esta guía, a quienes se invitó a contribuir en la revisión.

Los revisores de las partes interesadas son personas a título individual con experiencia en la materia de interés de la Guía o que pueden verse afectadas por la implantación de la misma. Dichos revisores pueden ser enfermeras, miembros del equipo interprofesional, jefes de enfermería, gestores, investigadores, formadores, estudiantes de enfermería o personas que han vivido la experiencia y su familia. RNAO pretende recabar la experiencia y los puntos de vista de dichas partes interesadas que representan diversos sectores sanitarios y funciones dentro de la enfermería y otras profesiones (p.ej., práctica clínica, investigación, educación, definición de políticas y directrices), y distintos entornos geográficos.

Se solicitó a dichos participantes que leyeran el proyecto de texto completo de la guía y que contribuyeran a su revisión antes de la publicación. La información aportada por todos ellos se remitió a través de un cuestionario telemático. Se les plantearon las siguientes preguntas sobre cada recomendación:

- ¿Resulta clara esta recomendación?
- ¿Está usted de acuerdo con esta recomendación?
- ¿La discusión de la evidencia en el área es exhaustiva y respalda esta recomendación?

Las partes de interés también participaron en la validación de los indicadores de calidad desarrollados para evaluar la implantación de esta Guía, mediante la cumplimentación de un cuestionario. Evaluaron algunos criterios de validación con una escala Likert de 7 puntos para cada indicador de calidad.

La encuesta también incluía un espacio para que los participantes pudieran incluir comentarios e información relativa a cada apartado de la GBP. El Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO recopiló las respuestas y resumió la información aportada. Junto con el panel de expertos, el Equipo de investigación y desarrollo de Guías de buenas prácticas de RNAO revisó y consideró toda la información y, en caso necesario, modificó el contenido de la GBP y sus recomendaciones antes de su publicación para reflejar la información.

Las partes de interés participantes en este proceso han dado su consentimiento para que sus nombres y datos relevantes para esta GBP se incluyan en este documento. **Los detalles de contacto de los revisores de las partes de interés están actualizados referidos al momento en que hicieron su revisión.**



Miembros del Equipo de Traducción de la Guía

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Responsable de la Unidad de Investigación en

Cuidados de Salud, Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Laura Albornos Muñoz, BS, MSc

Coordinadora Técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Traducción

Marta López González

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación

Universidad Complutense Madrid,

CES Felipe II.

Revisores de la Guía Actualizada

Cecilia Triviño Hidalgo RN, MSc, PhD (cand.)

Matrona

Hospital Universitario de Santa Lucía.

Cartagena (Murcia), España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud,
Investén-isciii.

Instituto de Salud Carlos III, España.

Antecedentes

La depresión perinatal es un tipo de trastorno del estado de ánimo que tiene lugar durante el embarazo y el posparto, hasta incluso un año después del parto (5 - 7). La depresión perinatal es reconocida como una de las enfermedades mentales más frecuentes y, en países desarrollados, la complicación del embarazo más frecuentemente infradiagnosticada (5 - 7). Es una causa importante de carga de enfermedad a nivel mundial, medida por los costes de la atención sanitaria, la morbilidad, la mortalidad y el número de años perdidos por enfermedad. En la provincia de Ontario, se estima un gasto anual de 20 millones de dólares [canadienses] en las complicaciones por la ausencia de tratamiento de la depresión prenatal o la interrupción del mismo, tales como bebés prematuros y/o de bajo peso al nacer (8 - 9). A escala global, se estima que, en los países industrializados, aproximadamente el 10% de las personas durante el embarazo y el 13% durante el puerperio precoz experimentarán una enfermedad mental, principalmente depresión (10). La depresión puede aparecer en distintos momentos del embarazo y/o el posparto; puede tratarse de una enfermedad mental crónica que continúa durante el embarazo y el posparto, un nuevo trastorno que aparece durante el embarazo o el posparto, o una recaída (11). La depresión perinatal resulta en consecuencias adversas para la persona tanto a corto como a largo plazo; dichas consecuencias pueden extenderse a la pareja, familia y entorno social de la persona afectada (6, 12). Estas consecuencias hacen esencial que las enfermeras y el equipo interprofesional tengan los conocimientos y las competencias para cribar, valorar, prevenir, intervenir y evaluar la depresión perinatal de manera competente (6 - 7).

Cualquier trastorno psiquiátrico puede producirse durante el embarazo y el posparto. La sección de Antecedentes señala cuáles son los síntomas y los factores de riesgo de depresión perinatal. Se introducen brevemente el trastorno de adaptación, la ansiedad perinatal y la psicosis puerperal, sin embargo, sus implicaciones específicas para las prácticas perinatales están fuera del alcance de esta GBP. La sección comienza describiendo qué es la tristeza posparto, un leve cambio de humor muy frecuente. Se incluye en la Guía para diferenciarlo del espectro de trastornos emocionales perinatales.

Cambios Leves de Humor

Tristeza Posparto

Es importante diferenciar la depresión posparto de la tristeza posparto, una manifestación muy común con una prevalencia del 30% al 75% en las diversas **culturas**^G, que suele aparecer entre los tres y cinco primeros días después del parto y remitir de forma espontánea en dos semanas (6). Los síntomas de la tristeza posparto pueden incluir tendencia al llanto, agitación, labilidad emocional, ansiedad generalizada, trastorno agudo del apetito y el sueño, percepción de sentirse sobrepasada e incertidumbre, e irritabilidad (6). A pesar de esto, la tristeza posparto no es una forma leve de depresión y no forma parte del espectro de trastornos del estado de ánimo perinatal. No tiene relación con el estrés o antecedentes psiquiátricos, y no perjudica la capacidad de la persona para cuidarse a sí misma o a su bebé, ni causa pensamientos suicidas (6). La tristeza posparto puede atribuirse al rápido descenso en los niveles de estrógenos y progesterona tras el nacimiento, ya que los síntomas generalmente empeoran en la primera semana y luego desaparecen una vez que se estabilizan los niveles hormonales (6, 13). El cuidado de la tristeza posparto incluye su reconocimiento, el consuelo, la educación y conciencia de que puede ser un factor de riesgo para la depresión posparto (6, 13).

Trastornos del Estado de Ánimo

Depresión Perinatal - Periodo Prenatal

La prevalencia de la depresión perinatal en Canadá puede variar en función de la población estudiada y la **herramienta de cribado**^G utilizada (14). Por ejemplo, en 2014 la Agencia de Salud Pública de Canadá (*Public Health Agency of Canada*) notificó una prevalencia del 10%; mientras que una muestra comunitaria longitudinal indicó una tasa del 14,1% en el embarazo temprano y del 10,4% en el embarazo tardío (15). A pesar de la alta prevalencia, es frecuente que la población de riesgo no sea diagnosticada o tratada (14).

Los tratamientos para la depresión prenatal incluyen psicoterapias y enfoques farmacológicos, dependiendo de la gravedad de los síntomas y de la respuesta al tratamiento. Las opciones de cuidado pueden ser complejas y limitadas, dada la preocupación sobre el daño potencial que podría sufrir el feto en desarrollo o la disponibilidad de apoyos y servicios existentes (16). Por consiguiente, las enfermeras y el equipo interprofesional deben apoyar de forma activa a las embarazadas en la **toma de decisiones informadas**^G en lo que respecta a su cuidado (16 - 17). Es esencial prestar especial atención a los riesgos y beneficios para la persona y el feto (18).

La depresión no diagnosticada y/o no tratada durante el embarazo puede contribuir a complicaciones tales como una disminución en la asistencia a las citas prenatales, un aumento de consumo de tabaco o alcohol, un mayor riesgo de parto prematuro o de bajo peso al nacer (6, 14, 16 - 17, 19). Al identificar estas complicaciones, está indicado vincularlas con los determinantes sociales de salud mental (20). Las personas que se enfrentan a desigualdades sociales (como pobreza, **discriminación**^G y trauma) están ante un riesgo mayor de sufrir enfermedades mentales, especialmente quienes experimentan múltiples desigualdades. Para que las intervenciones sean efectivas y para evitar mayor discriminación involuntaria, se deben tener en cuenta la complejidad de las causas subyacentes y de los factores que contribuyen a la depresión. Por ejemplo, faltar a las citas prenatales puede deberse a un trabajo precario y temor a perder el empleo o a vivir en la pobreza y no poder asumir el coste del transporte; el consumo continuo o aumentado de tabaco durante el embarazo puede ser una estrategia de afrontamiento para reducir la sensación de hambre o gestionar emociones estresantes (20 - 21).

Depresión Perinatal - Periodo Posparto

La depresión posparto es la complicación más frecuente del parto. Aproximadamente la mitad de los casos debutan en el periodo prenatal (5 - 6). Las tasas de prevalencia varían; en Canadá, los datos de la Encuesta sobre la Experiencia de la Maternidad (*Canadian Maternity Experience Survey*) señalaron un 8,46% de depresión posible, medido con la Escala de depresión posparto de Edimburgo, (EPDS) (con una puntuación total de 10-12) y un 8,69% de depresión probable (con una puntuación total de 13 o más). En Estados Unidos, se halló una tasa de prevalencia de depresión posparto del 21% durante el primer año tras el parto (23). Los resultados indicaron que la mayoría desarrollaron depresión tras el parto (40,1%) frente al periodo prenatal (33,4%) o anterior a la concepción (es decir, antes del embarazo, 26,5%).

La investigación cualitativa sobre depresión posparto ofrece una perspectiva de las experiencias vividas por la persona y refleja la progresión de la enfermedad y la recuperación (24). Se han identificado cuatro fases diferentes y singulares que describen la progresión de la depresión posparto desde la enfermedad hasta la recuperación:

1. **Espiral descendente:** experimentar emociones tales como ansiedad, sentimiento de estar sobrepasada, aislamiento y culpabilidad.
2. **Incongruencia entre las expectativas y la realidad de la maternidad:** experimentar expectativas incongruentes y miedo a ser etiquetada.
3. **Pérdida generalizada:** sentimiento de pérdida (que incluye perderse una misma, perder el control, las relaciones con los demás y la propia voz).
4. **Lograr avances:** experimentar la lucha por la superación, la búsqueda de ayuda y reintegración, y el cambio.

Reconocer los síntomas, obtener apoyo y recibir tratamiento son aspectos esenciales, ya que la falta de atención y cuidado conduce a resultados adversos, entre los que se incluyen un mayor aislamiento, impotencia y desesperanza (25). La depresión posparto no tratada puede hacer que la persona sienta carencia de lazos de afecto, gratificación o realización en su papel como madre, o que no reconozca los signos del bebé para indicar hambre u otras necesidades (26 - 27). En cuanto a los hijos de progenitores con depresión no tratada, existe un riesgo mayor de problemas de comportamiento y de retraso en el desarrollo lingüístico, motor, social y cognitivo (26, 28). A largo plazo, estos niños tienen un riesgo mayor de presentar problemas emocionales continuos o de mostrar comportamientos agresivos en la edad adulta (26).

Síntomas de Depresión Perinatal

Si bien los síntomas de la depresión posparto varían de una persona a otra, normalmente comienzan entre las primeras cuatro a seis semanas después del parto, aunque pueden aparecer en cualquier momento durante el primer año tras el nacimiento (23, 29). Los criterios para los síntomas de depresión perinatal son variados, según la fuente. Por ejemplo, la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5*, DSM-5) identifica la depresión perinatal como un tipo de trastorno depresivo mayor con inicio antes, durante o inmediatamente después del parto, y síntomas a diario o casi a diario durante un periodo de dos semanas o más (29). Los criterios para el diagnóstico de depresión perinatal, según el DSM-5, incluyen un estado anímico depresivo o pérdida de interés o placer en actividades que anteriormente se disfrutaban, además de otros síntomas como:

- trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias) casi a diario;
- pérdida o aumento de peso del cinco por ciento o más en el plazo de un mes, sin haber realizado dieta ni un consumo excesivo de alimentos;
- agitación;
- falta de energía o sensación de fatiga a diario;
- dificultades para concentrarse o en la toma de decisiones;
- sentimientos de inutilidad o culpa inapropiados; o
- pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida con o sin plan concreto (29).

La **Tabla 4** enumera otros signos y síntomas de depresión perinatal, clasificándolos en función de los estados de ánimo, pensamientos y salud física/comportamientos.

Tabla 4: Estados de ánimo, pensamientos y salud física/comportamientos asociados a la depresión perinatal

ESTADOS DE ÁNIMO	PENSAMIENTOS	SALUD FÍSICA / COMPORTAMIENTOS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Tristeza ■ Pérdida del interés o placer (anhedonia) ■ Sentimientos de culpa ■ Cambios de humor ■ Ansiedad ■ Desesperanza ■ Miedo a estar a solas con el bebé por dificultades para manejarlo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problemas de concentración ■ Baja autoestima ■ Falta de atención ■ Dificultades para la toma de decisiones y procesos cognitivos ■ Ideación suicida ■ Preocupación excesiva ■ Irritabilidad ■ Inseguridad en sí misma en actividades como cuidar del bebé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pérdida de apetito ■ Cambios en el aspecto físico ■ Trastornos del sueño ■ Llanto frecuente ■ Falta de energía

Fuentes: Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. *Ital J Psychopath.* 2009;15(4):351–366; O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9:379–407; and Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. *Holist Nurs Pract.* 2012;26(4):203–209.

Algunos síntomas de depresión perinatal, como los trastornos del sueño y la irritabilidad, son también frecuentes durante la gestación. Por ello se debe evaluar la gravedad y el impacto que tienen en el estado funcional, para determinar si son síntomas depresivos o se trata de una transición normal. De igual manera, los sentimientos experimentados durante el cuidado del bebé, como la duda o la preocupación, pueden asemejarse a la depresión perinatal. Es importante que las enfermeras y el equipo interprofesional reciban formación sobre las diferencias, para ser capaces de distinguir si se está desarrollando depresión o no (6 – 7, 30).

Si bien los síntomas de la depresión perinatal pueden variar de una persona a otra, puede haber similitudes en la manera de expresarlos o describirlos, como se recoge en la **Tabla 5**.

Tabla 5: Ejemplos de Afirmaciones que Pueden Sugerir Síntomas Depresivos

SÍNTOMA DEPRESIVO	EJEMPLO DE AFIRMACIONES QUE DESCRIBEN ESTOS SÍNTOMAS
Falta de energía, letargo	<i>“Todo me supone un esfuerzo.”</i>
Baja autoestima	<i>“Soy un fracaso como madre, como persona y como pareja.”</i>
Tristeza	<i>“Tengo ganas de llorar todo el tiempo.”</i>
Ideación suicida	<i>“Creo que todos estarían mejor sin mí.”</i>
Ansiedad, culpa, remordimientos	<i>“He cometido un error terrible.”</i>
Falta de concentración, desorientación, confusión	<i>“Me siento confundida.”</i>

Fuente: Accortt E, Wong M. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(9):553-568.

Factores de Riesgo de Depresión Perinatal

La etiología de la depresión perinatal es única en cada persona y a menudo debida a varios factores (6, 31). Como tal, se deben reconocer las circunstancias y situaciones vitales que afecten a la salud mental y supongan riesgo de depresión. Ser conscientes de los factores de riesgo de depresión puede ayudar a identificarlos durante los procesos de elaboración de la historia clínica, cribado y valoración de depresión perinatal, y a considerar la posible necesidad de una intervención y los beneficios que esta puede aportar (20).

Muchas recomendaciones de esta GBP están dirigidas a personas en riesgo de depresión perinatal y reconocen el impacto que tienen los factores de riesgo múltiples o concomitantes, incluyendo los determinantes sociales de salud mental, en el aumento del riesgo de depresión perinatal. Quienes conviven con la desigualdad social pueden tener un riesgo aún mayor (6, 20, 32). Por ejemplo, inmigrantes recién llegados, que pueden encontrar barreras en cuanto al acceso a servicios de salud mental y ayudas por el hecho de no estar disponibles en su idioma o tener una capacidad de decisión escasa en la familia, pueden estar frente a un mayor riesgo de padecer depresión perinatal (33).

La **Tabla 6** recoge los factores de riesgo de depresión perinatal clasificados en tres niveles: alto, moderado y bajo. En esta lista de factores de riesgo, los de mayor riesgo se caracterizan como variables con mayor probabilidad de depresión perinatal; los moderados son aquellos que representan un nivel medio de riesgo; y los de bajo riesgo son los que representan un menor riesgo de depresión perinatal. Se ofrecen algunos ejemplos de factores de riesgo, pero esta lista no recoge con exhaustividad todas las posibilidades.

Tabla 6: Factores de Riesgo de Depresión Perinatal

FACTORES DE RIESGO ALTO	FACTORES DE RIESGO MODERADO	FACTORES DE RIESGO BAJO
<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes de enfermedades psiquiátricas, incluida la depresión o la ansiedad en cualquier momento, incluso, pero no exclusivamente, durante el periodo perinatal ■ Síntomas de ansiedad prenatal ■ Inicio de depresión durante el embarazo o el posparto 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sucesos vitales estresantes (p.ej., ruptura de una relación o divorcio, pérdida de empleo, entrada en prisión, alojamiento precario) ■ Condición de refugiada o inmigrante ■ Escasa ayuda social o percepción de falta de apoyo ■ Resultados obstétricos desfavorables ■ Baja autoestima ■ Historia de abuso físico o sexual durante la infancia o en la vida adulta ■ Violencia de la pareja ■ Historia de trauma en salud reproductiva (p.ej., infertilidad) ■ Sentimiento de pena consecuencia de aborto espontáneo, muerte fetal o pérdida de un hijo ■ Consumo de sustancias, incluyendo el tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bajo nivel socio-económico ■ Falta de pareja o persona allegada; monoparentalidad ■ Embarazo no planificado o no deseado, según lo defina la persona ■ Problemas con la lactancia materna, incluyendo falta de apoyo social o de ayuda por el personal sanitario⁶

Fuentes: Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(3):1-11; Ferszt G, Hickey J, Seleyman K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. *J Forensic Nurs.* 2013;9(2):105-10; Hamdan A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(3):243-259; Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depression symptomatology? *Psychother Psychosom.* 2012;81(2): 98-107; Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depression symptoms during pregnancy: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5-14; and O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9:379-407.

Trastornos de Adaptación

Es frecuente sufrir trastornos de adaptación, que pueden presentar estados de ánimo depresivos (incluyendo la depresión perinatal), ansiedad o ambos (29). Las características diagnósticas de los trastornos de adaptación, tal y como los identifica la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) en el manual DSM-5, incluyen síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un desencadenante específico de estrés, como una nueva etapa del desarrollo evolutivo (p.ej., tener un hijo) u otro acontecimiento (p.ej., un parto "complicado" o un aborto), en el que la respuesta de la persona excede lo que normalmente se podría esperar en cuanto a intensidad, calidad o duración, o cuando impacta negativamente en la funcionalidad (29). El trastorno se produce dentro de los tres meses siguientes al momento en el que se produce el factor de estrés y se resuelve dentro de los seis meses siguientes a la exposición.

Ansiedad Perinatal

En comparación con la depresión perinatal, se comprende menos la ansiedad perinatal (34). Dado que es un factor precipitante de la depresión posparto, las enfermeras y el equipo interprofesional deben evaluar los síntomas de ansiedad como una comorbilidad con la depresión posparto, o como un trastorno separado en el periodo perinatal (34).

La prevalencia y el tipo de ansiedad durante el embarazo y el posparto varía en las distintas poblaciones de estudio (34). Se estima que hasta el 10% de las mujeres embarazadas sufrirá un trastorno generalizado de ansiedad (esto es, un tipo de ansiedad con preocupaciones no específicas en torno a diversos aspectos de la vida) y que hasta el 5% sufrirá un trastorno de pánico (es decir, un tipo de ansiedad caracterizada por un miedo excesivo repentino) (34).

Los problemas de ansiedad pueden presentar una clínica con síntomas como agitación, distorsiones cognitivas, preocupación constante, pensamientos acelerados, dificultad para respirar, palpitaciones e inquietud (34). En personas embarazadas con ansiedad pueden presentarse con inquietudes y comportamientos singulares, como:

- Pensamientos recurrentes sobre el feto, que pueden interferir con el papel y el funcionamiento social de la persona y que contribuyen a generar un estado emocional exacerbado (34).
- Experiencias de pánico y preocupación sobre complicaciones del embarazo producidas por ataques de pánico (34).
- Mayor frecuencia notificada de náuseas y vómitos (34).
- Solicitud de citas prenatales con mayor frecuencia que otras mujeres (34).
- Incremento en las ausencias al trabajo debido a dificultades para afrontar los cambios fisiológicos normales asociados al embarazo (34).
- Mayor número de consultas por preocupación en cuanto a los movimientos fetales (aumentados o disminuidos) (35 – 36).

Durante el trabajo de parto, las complicaciones relacionadas con la ansiedad pueden incluir parto prematuro, rotura prematura de membranas, bebés de bajo peso al nacer o un mayor riesgo de nacimiento por cesárea (35 - 37). En el posparto, los síntomas de ansiedad pueden verse agravados por la falta de sueño, los cuidados del recién nacido, o por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados a la maternidad (34).

La ansiedad perinatal puede estar relacionada con la depresión durante el embarazo y el posparto (38). Hay una correlación positiva entre desarrollar trastornos de ansiedad en la última etapa del embarazo en personas que sufren depresión de manera concurrente (39). Los síntomas de ansiedad prenatal tardía son también predictivos del empeoramiento de los síntomas de depresión en los tres primeros meses después del parto (30, 39).

Para medir la ansiedad perinatal se puede emplear una herramienta de cribado como la escala EPDS, ya que mide tanto síntomas de depresión como de ansiedad (37). La evidencia disponible no ha establecido un instrumento válido, específico para la ansiedad perinatal, ya que la viabilidad y utilidad del cribado de la ansiedad están aún por determinar (37).

Psicosis Posparto

La psicosis posparto es la forma menos habitual y más grave de enfermedad psiquiátrica posparto, que tiene lugar en un 0,1-0,5% de las personas (6, 30). Se trata de una emergencia psiquiátrica de un evento psicótico agudo con clínica de inicio rápido; los síntomas suelen presentarse en las primeras dos a cuatro semanas después del parto (6, 40). Es un estado en el que la persona sufre delirios extraños o alucinaciones (p.ej., el bebé es un demonio) y/o muestra un lenguaje, pensamiento o comportamiento desorganizados (6, 30). La persona experimenta una confusión abrumadora y cambios intensos en su estado emocional, como oscilaciones de humor (6). La psicosis posparto requiere valoración psiquiátrica urgente a menudo en un entorno de cuidados agudos. Una psicosis no tratada es un potencial factor de riesgo de autolesión, suicidio o daño al bebé o a otros niños, por lo que es precisa la supervisión para proteger a la persona (6, 30, 41).

Debido al estado psicótico, es posible que la pareja o un miembro de la familia tenga que buscar o recurrir a servicios de salud mental o de apoyo para la depresión perinatal, ya que la persona afectada puede desconocer su estado o no tener acceso a estos servicios (6, 30). El pronóstico suele ser favorable, con una recuperación total una vez que la psicosis posparto ha sido identificada y tratada (6, 30). Se desconoce la causa subyacente de la psicosis posparto, pero las personas que tienen historia de trastorno bipolar o psicosis posparto previa tienen mayor riesgo de padecerla (6, 30).



Marcos de Referencia

Se han utilizado los siguientes marcos de referencia para orientar las revisiones sistemáticas y desarrollar las recomendaciones: determinantes sociales de la salud mental, **cuidados centrados en la persona**^G y toma de decisiones informada. Cada marco de referencia ofrece información previa fundamental como contexto sobre el tema clínico en cuestión. Se recomienda que las enfermeras y el equipo interprofesional reciban información y formación adecuadas a lo largo de su desarrollo profesional en lo que respecta a dichos marcos de referencia y que los apliquen en su práctica diaria.

Determinantes Sociales de la Salud Mental

Cuando se trabaja en colaboración con personas en riesgo de sufrir o que sufren depresión perinatal, es fundamental reconocer los determinantes sociales que influyen en su salud y bienestar, incluyendo su salud mental (20). Estos determinantes incluyen el lugar de nacimiento de la persona, dónde ha crecido y dónde vive actualmente, su trabajo, edad y otros factores y situaciones de tipo económico, social, cultural, político y ambiental (42). Los determinantes sociales de salud mental incluyen desigualdades en salud, que son modificables ya que derivan de las desigualdades sociales (20, 42). Su distribución es sistémica en toda la población y son de por sí injustificados e injustos (43). Las políticas públicas, incluidas las relativas a los servicios de salud mental y el apoyo a la depresión perinatal, pueden abordar la división desigual del poder y los recursos, y mejorar las condiciones de la vida cotidiana durante toda la vida, incluyendo el periodo del embarazo y el posparto, y actuar en múltiples sectores y niveles, en esferas como el trabajo, la educación y los programas sociales (20, 42).

Las enfermeras y el equipo interprofesional deben reconocer la importancia de los determinantes sociales de salud mental, para defender el interés de las personas y trabajar de forma efectiva contra las desigualdades en materia de salud (44). Es preciso incorporar el conocimiento sobre el impacto de los determinantes sociales de salud mental en todos los aspectos del cuidado de la depresión perinatal (cribado, valoración, prevención, intervenciones y evaluación).

Cuidados Centrados en la Persona

Los cuidados centrados en la persona constituyen un enfoque asistencial beneficioso para las personas que sufren o tienen riesgo de sufrir depresión perinatal. Este enfoque se centra en tratar de conocer a la **persona en su integridad**^G, sus experiencias de salud y el papel de la pareja y la familia en la vida de la persona (incluido el papel que desempeñan como apoyo a la persona para recobrar la salud) (45-46). Los cuidados centrados en la persona se organizan con y en torno a la persona, que reflexiona sobre sus necesidades, cultura, valores, creencias y los cambios en su estado de salud (47). Es un enfoque que respeta sus preferencias, demuestra **sensibilidad cultural**^G y **conciencia cultural**^G e implica compartir el poder en la **relación terapéutica**^G para mejorar los resultados clínicos y la satisfacción asistencial (48). Se desvía del modelo biomédico, donde la persona es vista dentro del contexto de una enfermedad como alguien a quien se debe diagnosticar y tratar (45 - 46). Para más detalles sobre el papel de las enfermeras y el equipo interprofesional y la prestación de **cuidados centrados en la persona y la familia**^G, véase la GBP de RNAO (2015) *Cuidados centrados en la persona y la familia*, disponible en <http://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>

Toma de Decisiones Informada

Durante todo el periodo perinatal, las personas durante el embarazo y el posparto toman decisiones relativas a su cuidado. Estas decisiones pueden verse influidas por sus creencias, valores y circunstancias sociales. Es responsabilidad de las enfermeras y del equipo interprofesional facilitar la adopción de decisiones informadas, colaborando con las

personas y las familias (cuando proceda), y proporcionando información basada en la evidencia (49). Las enfermeras tienen la responsabilidad ética de reconocer, respetar y fomentar el derecho de la persona a tomar decisiones de manera informada (49).

La Asociación de enfermeras obstétricas, neonatales y de salud de las mujeres, (*Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses, AWHONN*) señala que la toma de decisiones informadas es un valor primordial de la práctica enfermera perinatal (50). Indica que las enfermeras perinatales deben:

- Respetar y promover la autonomía de las mujeres, ayudándolas a satisfacer sus necesidades de salud con la obtención de información y servicios adecuados.
- Ofrecer a las mujeres y las familias información basada en la evidencia para facilitar la toma de decisiones informadas.
- Trabajar en colaboración con las mujeres y sus familias respetando su punto de vista y apoyando sus decisiones siempre que sea posible.
- Actuar en defensa de las mujeres, los neonatos y las familias en el contexto de la ley y los procesos institucionales.
- Trabajar en colaboración con otros proveedores sanitarios para apoyar las decisiones asistenciales de las mujeres y las familias, siempre que sea posible (49, p. 22).



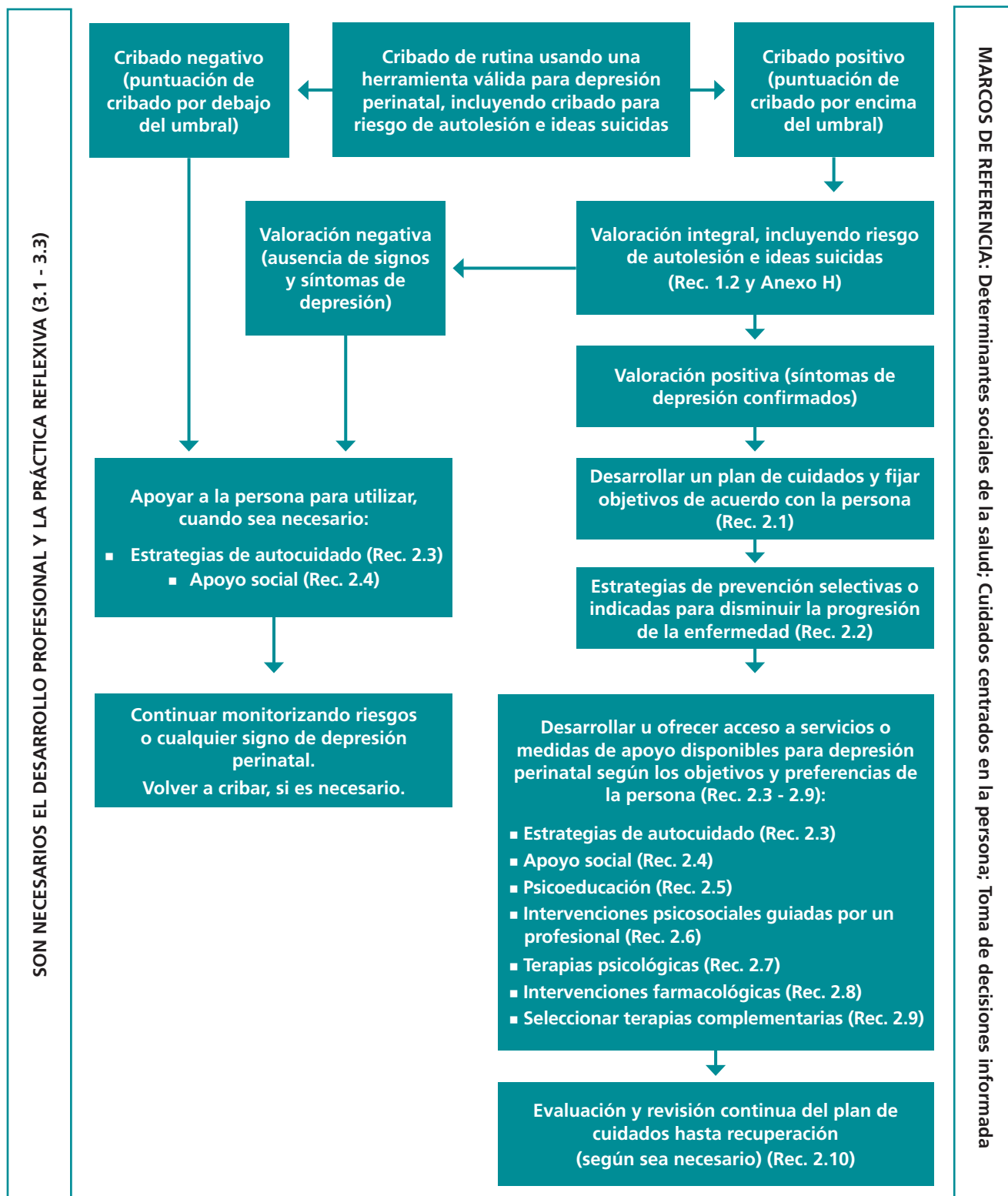
Algoritmo para el Cuidado de la Depresión Perinatal

El panel de expertos desarrolló un algoritmo que describe todas las recomendaciones para la práctica y la formación de esta guía. El algoritmo encarna los principios rectores de un enfoque centrado en la persona, la toma de decisiones informadas y los determinantes sociales de salud mental como factores que influyen sobre los resultados en materia de salud. Debe utilizarse en todos los entornos de la práctica clínica en los que se atienda a personas durante el embarazo y el periodo posparto hasta un año después del parto (**Figura 1**, en la siguiente página). En comunidades en las que el acceso y/o la disponibilidad de medidas de apoyo y servicios de salud mental para la depresión perinatal son limitados, el algoritmo puede guiar la movilización y la planificación de estos servicios esenciales.

El algoritmo incluye estrategias para los cinco componentes de la atención a la depresión perinatal descritos en esta GBP: cribado, valoración, prevención, intervenciones y evaluación. El cuidado de la depresión perinatal comienza con un cribado de rutina y la subsiguiente valoración de seguimiento indicada para aquellas personas con un cribado positivo. Se recomienda seleccionar la herramienta de cribado y su puntuación de corte asociada en función de los resultados de las investigaciones y con el respaldo de las normas institucionales. El **Anexo G** trata diversas consideraciones para la selección por las instituciones de una herramienta de cribado de depresión perinatal.

Tras el cribado de rutina, las personas que obtienen un resultado negativo (esto es, una puntuación total por debajo del umbral fijado), reciben información sobre estrategias de autocuidado y los beneficios que ofrece el apoyo social. Para quienes el resultado del cribado es positivo (es decir, una puntuación por encima de dicho umbral) y tienen una valoración positiva para depresión perinatal, además de proporcionar ejemplos e informar sobre los beneficios de las estrategias de autocuidado y apoyo psicosocial, o de seleccionar terapias complementarias, se seleccionan de forma colaborativa los servicios y apoyos de salud mental pertinentes, incluyendo terapias psicosociales, psicológicas, farmacológicas o psicoeducativas. Es preciso revisar y evaluar de forma continua el plan de cuidados, determinando entre otras cosas la efectividad de los servicios y las medidas de apoyo hasta que se consiga la plena recuperación de la persona.

Figura 1: Algoritmo para el Cuidado de la Depresión Perinatal



*Si en cualquier paso de la implantación de este algoritmo tiene motivos razonables para sospechar que un bebé o un niño necesita o puede necesitar protección, comunique rápidamente sus sospechas, preocupaciones y la información en la que se basa a los servicios locales de protección infantil.

Recomendaciones Para la Práctica

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N° 1:

En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué estrategias de cribado y valoración son efectivas para identificar síntomas de depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?

RECOMENDACIÓN 1.1:

Realizar un cribado rutinario para el riesgo de depresión perinatal, usando una herramienta válida, como parte de los cuidados prenatales y de posparto.

Nivel de Evidencia: Ia, IV, V

Calidad de la Evidencia: Alta = 1; Moderada = 3; Baja = 1; Guía: Alta = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El panel de expertos hace una recomendación fuerte respecto a realizar cribados de rutina para depresión perinatal a todas las personas embarazadas y puérperas hasta un año después del parto, ya que sigue sin reconocerse ni tratarse como una enfermedad mental, a pesar de los tratamientos disponibles. El cribado de rutina de la depresión perinatal proporciona un mecanismo de identificación precoz de aquellas personas que necesitan una valoración adicional, planificación de cuidados y servicios y medidas de apoyo a la salud mental (cuando proceda) para reducir resultados de salud adversos para la persona, su bebé y su familia a corto y largo plazo (51 - 52). Además, las intervenciones precoces mediante cribado de rutina pueden reducir la **estigmatización**^G, derribar las barreras asociadas a la identificación de una enfermedad mental y detectar casi al 50% de las personas con depresión perinatal (53). El cribado de rutina también se asocia positivamente con una mayor detección (en comparación con el cuidado estándar, que a menudo se basa en el juicio clínico del profesional sanitario o en la historia clínica de la persona) y una disminución significativa de los síntomas depresivos (51).

En esta Guía no se recomienda ningún instrumento de cribado de la depresión perinatal en concreto, porque las preguntas de investigación que conformaron las revisiones sistemáticas se centraron en identificar intervenciones efectivas que dieran soporte al cribado y la valoración de la depresión perinatal. En su lugar, se incluyen ejemplos de instrumentos de cribado válidos tratados en la literatura que se recogen en el **Anexo E**, incluyendo la escala EPDS.

Cribado a Cargo de Enfermeras y del Equipo Interprofesional en Distintos Entornos

Las enfermeras capacitadas y los miembros del equipo interprofesional pueden realizar de forma efectiva pruebas de cribado para la depresión perinatal en diversos entornos, tanto de forma presencial como por vía telefónica (51, 54). Dichos entornos pueden ser, entre otros, atención primaria y centros de atención pediátrica (p.ej., unidades de atención a neonatos, servicios de urgencias), así como el domicilio de la persona (51, 54).

Para ser efectivo, el cribado debe formar parte de una estrategia integral que incluya un seguimiento coordinado, independientemente de los resultados obtenidos (55). El cribado no puede realizarse de forma aislada, sin acceso a valoraciones de seguimiento y derivaciones en caso de necesidad. En regiones que carecen de servicios de salud

mental y de apoyo en materia de depresión perinatal, los expertos recomiendan la realización continua de cribados y abogar por servicios locales integrados. También se pueden contemplar formas alternativas de cribado de la depresión perinatal, como la vía telefónica o internet. No obstante, como parte del proceso de consentimiento informado previo al cribado, se deberían incluir de forma transparente los apoyos y servicios disponibles.

Frecuencia y Momento del Cribado de la Depresión Perinatal

La evidencia en cuanto a la frecuencia y el momento óptimos para el cribado de la depresión perinatal es contradictoria. Por ejemplo, en un servicio de obstetricia, el cribado fue pautado dos veces durante el periodo prenatal (en la primera visita y a las 26-28 semanas de gestación) y una vez en el periodo posparto entre tres y ocho semanas después del parto (51). Un centro de atención primaria realizaba una vez el cribado de forma rutinaria a las dos o tres semanas posparto (26) y al cabo de uno, tres y seis meses de posparto en la consulta de atención al niño sano (55). Distintas instituciones, como la *US Preventative Services Task Force*, *American Academy of Pediatrics* y el *American College of Obstetricians and Gynecologists*, respaldan la realización del cribado universal como mínimo una vez o más durante el periodo perinatal, pero no recomiendan ningún momento específico en dicho periodo (51, 55). En la sección "Recursos de apoyo" se pueden encontrar más detalles sobre las recomendaciones de estas asociaciones en cuanto a la frecuencia y el momento de la evaluación de la depresión perinatal. Dado que las conclusiones no fueron consistentes, no se pueden formular recomendaciones sobre la frecuencia y el mejor momento del cribado.

Respuesta al Cribado del Riesgo de Autolesión o Suicidio Materno

Muchas herramientas de cribado de la depresión perinatal incluyen una o más preguntas sobre el riesgo potencial de autolesión o suicidio (56). Un resultado positivo para riesgo de suicidio o autolesión, independientemente de si la puntuación total de la prueba está por encima o por debajo del punto de corte, justifica la realización de una **valoración integral**^G del riesgo por la enfermera y el equipo interprofesional, que incluye evidencia de pensamientos suicidas, planificación, letalidad del plan y medios para llevarlo a cabo (56). Además, se deben hacer averiguaciones sobre cualquier riesgo de seguridad para el bebé y otros niños (cuando corresponda), ya que su seguridad es primordial (56).

La enfermera y el equipo interprofesional deben seguir estos pasos siempre que sea necesario, independientemente de la etapa de cribado, valoración, prevención, intervención y evaluación. Se puede consultar más información sobre cómo responder a la ideación suicida materna en el [Anexo H](#).

Beneficios y Daños

En un estudio cualitativo se indicó que las personas que fueron sometidas a pruebas de cribado de depresión perinatal experimentaron inquietud y malestar cuando se les preguntó por sus antecedentes traumáticos o sus preocupaciones por pensamientos suicidas, debido a la naturaleza personal de tal información (57). Además, algunas participantes indicaron arrepentirse de haber revelado su historia previa de depresión o ansiedad, ya que percibían que los profesionales sanitarios se centraban en exceso en este aspecto de su historia clínica.

Valores y Preferencias

La aceptación del cribado de la depresión perinatal se ve reforzada cuando las enfermeras establecen una relación terapéutica con la persona y ofrecen una explicación detallada sobre cómo se usa el instrumento de cribado. Por ejemplo, resultados cualitativos indican que las personas aceptan con mayor facilidad el seguimiento de las pruebas de cribado y la valoración de la depresión perinatal cuando los realizaba un profesional de la salud al que conocían y en el que confiaban (58).

Notas Prácticas

Puntuaciones en el Cribado

En cuanto a las puntuaciones del cribado, hay evidencia de calidad moderada y fuerte que aconseja tener en cuenta las siguientes consideraciones enfermeras:

- La puntuación total y la interpretación de los resultados (y el seguimiento, cuando proceda) se deben abordar idealmente de forma inmediata tras completar la herramienta de cribado (59).
- En el caso de personas con puntuaciones por encima del punto de corte que indica un cribado positivo, es fundamental brindar apoyo, información sobre la depresión y un plan de cuidados individualizado (59). La enfermera o un miembro del equipo interprofesional deben ser conscientes de que un cribado positivo puede desencadenar ciertos miedos, como a ser etiquetado como padre o madre incompetente, ser separados de su hijo o tener problemas para mantener el trabajo o franquear ciertos límites (59).
- La puntuación total del cribado debe interpretarse con cautela. Una puntuación por debajo del punto de corte de cribado puede justificar una valoración en mayor profundidad si, de acuerdo con el juicio clínico, se sospecha la presencia de síntomas de depresión (53). Una puntuación por encima del punto de corte indica la necesidad de realizar una nueva valoración, ya que esta puntuación incluirá a personas que no sufren depresión; así lo refleja la sensibilidad de los instrumentos de cribado, que permiten asegurar mejor que las personas de mayor riesgo son detectadas (53). En estos casos, la enfermera o el miembro del equipo interprofesional pueden tranquilizar a la persona, resaltando que un resultado positivo no es prueba de la depresión, y que es necesario realizar una posterior valoración para identificar y confirmar, en su caso, que no existe riesgo de depresión.

Consideraciones para el Empleo de un Instrumento de Cribado de Depresión Perinatal

Cuando se utiliza un instrumento de cribado de la depresión perinatal, las enfermeras y el equipo interprofesional deben: 1) reconocer las necesidades de información y apoyo de la persona; 2) reconocer el grado de preparación de la persona para el cribado de la depresión perinatal; y 3) integrar los antecedentes y prácticas culturales de la persona.

I. RECONOCER LAS NECESIDADES DE INFORMACIÓN Y APOYO DE LA PERSONA

Comenzar el proceso de cribado con una discusión general sobre la salud y el bienestar mental de la persona. Esta discusión puede ser parte de una visita inicial, según considere la enfermera o el miembro del equipo interprofesional (56).

Explicar detalladamente la finalidad del instrumento de cribado, de modo que la persona haya sido informada de la naturaleza y el propósito del instrumento con el fin de dar apoyo para que dé su consentimiento y acepte su uso (57, 59). Asegurarse de que la persona entiende que una puntuación elevada por encima del límite no es un diagnóstico ni una indicación para tratamiento; sin embargo, es un indicador de la necesidad de llevar a cabo una valoración más profunda (11).

Tomar medidas para promover la comodidad y privacidad de la persona durante la administración del instrumento de cribado. Esto supone, entre otras cosas, tener un diálogo abierto sobre cualquier inquietud que la persona pueda tener sobre el proceso de cribado o mostrar flexibilidad en cuanto a su uso y momento de aplicación (59).

Reconocer que el cribado de la depresión perinatal puede percibirse como intrusivo (57). El estilo, el enfoque y la confianza mostrada por el profesional sanitario son fundamentales para garantizar que la persona se sienta empoderada y apoyada para buscar ayuda cuando sea necesario (57).

Mostrar una actitud atenta y empática en un entorno tranquilo y manifestar interés en la persona y su puntuación en el cribado pueden facilitar el apoyo y reducir al mínimo cualquier vergüenza o estigma que la persona pueda sentir al hablar de las preocupaciones sobre su salud mental (59).

Como parte de la práctica relacional que aplica un enfoque holístico y centrado en la persona, tratar de contextualizar la experiencia vivida por la persona y sus necesidades de atención sanitaria. Incorporar una perspectiva de comprensión hacia los factores personales, interpersonales y sociales, reconociendo las desigualdades y las estructuras sociales que pueden influir en el proceso de cribado y en los resultados del mismo (59 - 60).

II. RECONOCER EL GRADO DE PREPARACIÓN DE LA PERSONA PARA EL CRIBADO

Comunicar a la persona que la realización del proceso de cribado es voluntaria y requiere su consentimiento (57). La persona conserva el derecho a negarse o rechazar responder a alguno o a todos los elementos del instrumento de cribado.

Para otorgar su consentimiento, las personas deben ser plenamente conscientes del uso que se va a hacer del instrumento de cribado durante el plan de cuidados, incluido un posible seguimiento (57).

El consentimiento de una persona para completar un proceso de cribado no implica consentimiento para cualquier otro seguimiento. Esto es cierto independientemente de la puntuación y de la valoración del cribado, excepto en los casos en los que se identifique un riesgo urgente de autolesión, suicidio, infanticidio o daño a terceros (57).

Cuando no se otorga consentimiento, se puede indagar sobre cualquier cambio de humor o la presencia de síntomas de depresión, en lugar de un proceso de cribado formal. Se debe ofrecer un cribado formal en las visitas de seguimiento si la persona otorga su consentimiento (57, 59).



III. INTEGRAR LOS ANTECEDENTES Y PRÁCTICAS CULTURALES DE LA PERSONA

Las enfermeras y el equipo interprofesional deben reconocer e integrar concienciación y sensibilización cultural en todo el proceso de cribado. Las personas embarazadas y púerperas pueden experimentar y manifestar signos y síntomas de depresión de manera diferente dependiendo de su cultura (61).

Para promover el cuidado con un enfoque culturalmente sensible es fundamental:

- Reconocer que aquellas personas con un menor dominio del idioma del lugar en el que viven o que son inmigrantes recién llegados corren mayor riesgo de sufrir depresión perinatal (48).
- Tratar de establecer una relación terapéutica superando las dificultades del lenguaje, creando confianza y estableciendo una conexión con la persona, ya que la calidad de la relación es fundamental para un cribado, una valoración y una posible intervención efectivos. Demostrando empatía e interés genuino por conocer la cultura de la persona, sus circunstancias vitales y su forma de crianza se puede empoderar a la persona. También es importante estar disponible, receptivo y atento, (48).
- Los intérpretes pueden ser una ayuda, pero la enfermera o el miembro del equipo interprofesional tienen que estar atentos en cada encuentro para detectar signos verbales o no verbales de depresión perinatal. Observar si la persona presenta signos de cansancio o tiene una expresión facial rígida o falta de claridad en los ojos. Puede parecer que la persona no tiene interés en su bebé o tarda en responder a sus señales. Entre los comportamientos que sugieren depresión perinatal se encuentran permanecer en silencio, no hacer ninguna pregunta o dar solo respuestas breves, parecer apresurado en las visitas o, por el contrario, tener muchas preguntas y preocupaciones y buscar ayuda o consuelo constantemente (48).
- Si se emplea un instrumento de cribado con un intérprete cultural, la validez del instrumento puede verse comprometida. Es posible que se necesiten más explicaciones y aclaraciones (48). La selección del instrumento de cribado debe tener en cuenta los idiomas disponibles y la validez del instrumento traducido (61). Véanse los **Anexos E y G** para obtener más detalles sobre instrumentos de cribado de la depresión perinatal.
- Un cribado con una puntuación total de cero sugeriría que no hay riesgo alguno de depresión perinatal. Sin embargo, en algunas culturas, esta puntuación podría reflejar vergüenza y culpa asociadas a la existencia de una enfermedad mental. En esos casos, es esencial la observación de signos y síntomas de depresión perinatal y establecer una relación terapéutica para poder hablar con la persona sobre su salud mental. El uso de los conocimientos adquiridos a través de la práctica y la experiencia de los profesionales sanitarios también puede ser beneficioso para la interpretación del estado de ánimo (48).
- Algunas personas consideraron útil recibir asesoramiento práctico y orientación de un profesional sanitario en relación con su plan de cuidados (48).

Véase el **Anexo D** (Diversidad entre Personas con Depresión Perinatal) y la sección de 'Recursos de apoyo' para más información sobre las consideraciones culturales en las medidas de apoyo y los servicios de salud mental para la depresión perinatal.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>APOYO DEL EQUIPO INTERPROFESIONAL PARA EL CRIBADO DE RUTINA DE LA DEPRESIÓN PERINATAL</p>	
<p>American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee Opinion No. 630. <i>Obstet Gynecol.</i> 2015;125:1268-1271. Available from: https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos sobre el cribado de la depresión perinatal incluyen que se considere encarecidamente, como mínimo, una vez durante el periodo perinatal, utilizando un herramienta de cribado estandarizada y validada.
<p>Earls F, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Clinical report – Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. <i>Pediatr.</i> 2010;126:1032-1039. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/1032</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se recomienda realizar un cribado de rutina para detectar depresión posparto en entornos pediátricos, ya que dicho trastorno puede tener efectos adversos en bebés y niños, tales como una menor duración de la lactancia materna y un mayor riesgo de maltrato y abandono infantil.
<p>Association of Women’s Health Obstetric and Neonatal Nurses. Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. <i>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.</i> 2015;44:687-689. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1552-6909.12734</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las recomendaciones de la Asociación de Enfermeras Obstétricas y Neonatales y para la Salud de la Mujer incluyen el cribado de rutina durante el embarazo y el posparto, incorporar formación y educación del personal sobre trastornos emocionales, y apoyo al equipo para llevar a cabo o facilitar el seguimiento de las personas con cribado de depresión positivo.

APOYO DEL EQUIPO INTERPROFESIONAL PARA EL CRIBADO DE RUTINA DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Marsay C, Manderson L, Subramaney U. Changes in mood after screening for antenatal anxiety and depression. *J Reprod Infant Psychol*. 2018; Mar 30:1-16. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646838.2018.1453601>

- Estudio que analiza en mujeres embarazadas, las experiencias de haberles sido realizado un cribado para depresión prenatal y ansiedad.
- Los resultados indicaron que el cribado parecía mejorar los resultados, ya que las participantes describieron experiencias positivas al respecto, como por ejemplo adquirir conciencia y conocimiento de sí mismas, aprobación de un profesional sanitario y la autogestión para buscar el apoyo de otros.
- Los resultados pueden ser producto de la reactividad ante la medición.

CONSIDERACIONES CULTURALES Y CRIBADO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183(12):E824-E925. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/183/12/E824>

- Se recomienda realizar un cribado de rutina de la depresión en entornos donde existen programas de tratamiento integrados.

Carteret M. Cross-cultural use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale [Internet]. [place unknown]: Dimensions of Culture; 2018. Available from: <http://www.dimensionsofculture.com/2018/03/screening-for-pregnancy-related-depression-in-private-practice-settings-cross-cultural-considerations/>

- La depresión se puede conceptualizar, explicar y presentar de distinta forma en las diversas culturas.
- Algunos ejemplos de las manifestaciones de la depresión posparto incluyen sentimientos de tristeza en cuanto al sexo del bebé y retrasos o problemas para darle un nombre.

IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care. Perinatal mental health toolkit for pediatric primary care: overview and primer [Internet]. Washington (DC): DC Collaborative for Mental Health in Pediatric Primary Care; 2017. Available from: <https://www.dchealthcheck.net/documents/PMH-Toolkit-V-2-2.pdf>

- Recurso dirigido a los profesionales de atención primaria pediátrica, para la promoción de la salud mental.
- Recomienda el cribado para la depresión posparto en las visitas programadas que tienen lugar el mes uno, dos, cuatro, seis y doce.
- Este recurso incluye ejemplos de respuestas estandarizadas a las puntuaciones de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) que indican diversos resultados en el cribado: negativo, de riesgo y probable.
- Este recurso también incluye un plan de actuación en casos de crisis, autolesión o daño a terceros.

Irwin-Vitela L. People-centered screening and assessment. Module 4: Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS [Video]. Milwaukee (WI): Wisconsin Department of Children and Families, the University of Wisconsin-Milwaukee Child Welfare Training Partnership (MCWP), and Common Worth, LLC; 2016. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=JBgVlaBg-aU>

- Presentación PowerPoint basada en la evidencia sobre la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).
- Incluye una simulación del cribado para la depresión posparto usando la escala EPDS.
- Destaca el papel de la práctica reflexiva por el proveedor.

RECOMENDACIÓN 1.2:

Llevar a cabo o facilitar el acceso a una valoración integral de depresión perinatal a las personas con un cribado positivo para depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: IIb, IV, V

Calidad de la Evidencia: Alta = 1; Moderada = 1; Guías Alta = 1; Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:**Resumen de Evidencia**

En los casos de cribado positivo para depresión perinatal en los que la persona haya dado su consentimiento, está indicado realizar una valoración integral de seguimiento (56 – 57, 62). Las personas deben ser conscientes de los tipos de preguntas que componen la valoración, y de que algunas áreas pueden ser de naturaleza sensible y personal (57). A pesar de que las personas puedan dar su consentimiento para la valoración, cuando se indica un tratamiento sus experiencias pueden influir en sus decisiones a la hora de buscar servicios y medidas de apoyo de salud mental o de seguir el plan de cuidados (57). En consecuencia, es esencial que las enfermeras y el equipo interprofesional empleen habilidades como el respeto y la empatía (57).

Una valoración integral busca confirmar signos, síntomas y nivel de gravedad de la depresión perinatal en el marco de una valoración de la salud general, pudiendo incluir los siguientes aspectos:

- Los resultados de la herramienta de cribado, que pueden facilitar una discusión en mayor profundidad sobre el estado de ánimo y cualquier cambio en los síntomas que la persona haya comunicado (62).
- Factores de riesgo de depresión perinatal, especialmente en personas con factores de riesgo elevado que sugieren una alta probabilidad de depresión perinatal (como historia previa de trastorno emocional, depresión o ansiedad durante una gestación anterior) (56). Se incluye una lista de factores de riesgo de depresión perinatal en la sección de **Antecedentes** (p. 23).
- El estado emocional, como periodos recurrentes de tristeza, desánimo, irritación, desilusión o problemas para tomar decisiones (56).
- Preocupaciones somáticas, como cambios en los patrones de sueño y alimentación o periodos de llanto (56).
- Estado físico, incluido consumo nutricional, nivel de actividad o problemas físicos de salud (56).
- Desigualdades en salud asociadas a antecedentes de enfermedad mental, marginalización o estigma (63).
- Desigualdades, como la pobreza, así como también la discapacidad, el encarcelamiento o la inseguridad alimentaria (63).
- Factores psicosociales contribuyentes, como falta de apoyo social, actitud negativa hacia el embarazo, historia de consumo de sustancias, historia de abusos o trauma en la actualidad o en el pasado, bajo nivel socioeconómico, o situación de refugiado o inmigrante reciente (56).
- Una valoración del riesgo de autolesión, autonegligencia, ideación suicida o pensamientos de hacer daño al bebé o a otros niños (56). El **Anexo H** describe las respuestas de la enfermera y el equipo interprofesional cuando se identifica un riesgo de suicidio.

Beneficios y Daños

Un estudio cualitativo examinó las perspectivas de distintas personas embarazadas y puérperas que habían recibido una valoración psicosocial realizada por enfermeras de salud infantil y familiar (57). Las participantes declararon que

aceptaban las valoraciones psicosociales, que contenían preguntas sobre antecedentes de abuso, violencia interpersonal o depresión. No obstante, algunas personas percibieron que las preguntas resultaban intrusivas, especialmente si el sanitario parecía insensible o no mostraba empatía.

Para realizar una valoración de depresión perinatal, las enfermeras y el equipo interprofesional tienen que demostrar sensibilidad y confianza. El enfoque adoptado por la enfermera y el equipo interprofesional puede influir en la experiencia de valoración de la persona y en la información que proporciona (57). En aquellos casos en que se desarrolló confianza, la persona se mostraba más dispuesta a compartir aspectos sensibles, como temas de depresión o empoderamiento, y era más proclive a participar en atención de seguimiento. Véase la **Recomendación 3.2** para consultar la discusión sobre la importancia del desarrollo profesional continuo para realizar la valoración y proporcionar intervenciones en materia de depresión perinatal.

Valores y Preferencias

Un estudio de evaluación llevado a cabo sugiere que las personas aceptaban una valoración de la depresión perinatal por su profesional de atención primaria (64). Las participantes señalaron que las valoraciones resultaban accesibles y no eran estigmatizantes.

Notas Prácticas

Los ejemplos de instrumentos de valoración de la depresión perinatal fueron dispares en la evidencia. Estos instrumentos se desarrollaron para evaluar en gestantes la presencia de factores de riesgo psicosociales asociados a trastornos de la salud mental perinatal, incluyendo la depresión (65). Sin embargo, no hay suficiente evidencia para apoyar o rechazar el uso de un instrumento de valoración psicosocial para valorar la depresión perinatal (40). Se pueden consultar algunos ejemplos de instrumentos de valoración en el **Anexo F**.

Se determinó que la valoración de la depresión perinatal era viable en entornos de atención primaria con los siguientes componentes:

- Un instrumento de valoración fácil de usar, breve y semiestructurado.
- Un proceso organizado que utiliza un algoritmo para guiar la toma de decisiones a la hora de derivar a servicios de salud mental en función de la gravedad de los síntomas, cuando proceda.
- Guías de actuación sobre medicamentos antidepresivos para los profesionales de la salud que prescriben medicación.
- Acceso rápido a expertos en salud mental, vía telefónica o por internet, como apoyo al tratamiento presencial.
- Una lista de verificación (*checklist*) para facilitar la documentación.
- Un procedimiento de derivación a especialistas externos en casos de síntomas graves o comorbilidades complejas (64).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Mother Reach London & Middlesex. Post-partum mental health assessment flow chart [Internet]. London (ON): Mother Reach London & Middlesex; 2012.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagrama de flujo para valorar la depresión posparto. ■ Árbol de decisión para la valoración e intervención en mujeres que tienen pensamientos de autolesión y/o de hacer daño a sus hijos.
<p>Registered Nurses' Association of Ontario. Nursing towards equity: applying the social determinants of health in practice (Internet). Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2016. Available from: https://rnao.ca/bpg/courses/nursing-towards-equity-applying-social-determinants-health-practice</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Curso gratuito en línea para mejorar el conocimiento y la capacitación al aplicar los determinantes sociales y desigualdades en materia de salud en la práctica clínica. ■ Un examen de salud y de las desigualdades en la salud como parte de la valoración de depresión perinatal.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N° 2:

En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué intervenciones son efectivas para quienes sufren depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?

RECOMENDACIÓN 2.1:

Colaborar con la persona para desarrollar un plan de cuidados integral y centrado en la persona, en el que se incluyan sus objetivos, para las personas con un cribado o una valoración positivos para depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ia, IV, V

Calidad de la Evidencia: Alta = 2; Guías: Alta = 1; Moderada = 3

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

En colaboración con la persona en riesgo o que sufre depresión perinatal, las enfermeras y el equipo interprofesional deben crear un plan de cuidados usando un enfoque centrado en la persona. A través de conversaciones orientadas, la persona recibe ayuda para elegir entre las opciones disponibles de apoyo y los servicios de salud mental en programas comunitarios locales, atención primaria, servicios de salud domiciliarios, salud pública o en entornos de cuidados agudos (62).

La **planificación colaborativa de los cuidados**^G integra componentes holísticos, humanos, respetuosos y éticos desde un enfoque centrado en la persona (47). Incluye el establecer objetivos individualizados para la depresión perinatal y abordar cualquier obstáculo para el acceso a servicios de salud mental y medidas de apoyo para la depresión perinatal (como gastos directos para transporte o cuidado infantil, necesarios para acudir a visitas clínicas, o disponibilidad de los servicios) para desarrollar un plan de cuidados único que refleje de forma realista las inquietudes, preferencias, necesidades y opciones de la persona (57). La adopción de un enfoque colaborativo es la mejor forma de garantizar que la persona sea la parte central de la planificación de los cuidados y la definición de objetivos.

Para que la colaboración entre la persona, la enfermera y el equipo interprofesional en la planificación de los cuidados sea fructífera, es preciso:

- Reconocer que la pareja, la familia o la red social de la persona es fundamental en su cuidado y puede influir en si busca o mantiene dichos cuidados o no. Como parte de un enfoque centrado en la familia, la pareja, la familia o la red social pueden ayudar en el cuidado y el apoyo a la persona afectada, el bebé u otros niños (cuando corresponda). Por lo tanto, tienen que entender el plan de cuidados y cómo pueden apoyar a la persona de forma constructiva y práctica (40).
- Aclarar los roles y las responsabilidades del equipo interprofesional implicado y los recursos de los que se dispone (66).

Se debe prestar especial atención al miedo al estigma o a las etiquetas (o a los sentimientos de vergüenza) que puedan surgir al iniciar intervenciones para la depresión perinatal (66). La enfermera y el equipo interprofesional deben observar, preguntar o prestar atención ante cualquier sentimiento de ansiedad, miedo, amenaza, culpa, hostilidad o negación a lo largo de toda la planificación de los cuidados; en caso de ser identificados, estas emociones o estrategias de afrontamiento deben ser abordadas. Dado que las personas suelen tener muchas preguntas sobre los servicios y las medidas de apoyo disponibles y las implicaciones que pueden tener para el embarazo y el posparto, es importante tomarse el tiempo necesario para tratar cualquier preocupación, pregunta, inquietud y posibles consecuencias. El plan

de cuidados debe reflejar una toma de decisiones informada y las preferencias personales, además de ser actualizado regularmente, según necesidad. La adopción de estas medidas para evaluar la preparación psicológica para iniciar y participar en servicios y medidas de apoyo a la salud mental y para ayudar en la transición asistencial puede ser de ayuda para la persona, aumentando así las probabilidades de mejorar los resultados en salud y alcanzar los objetivos (66).

Planificación de Cuidados tras una Valoración de Depresión Perinatal

Se debe desarrollar un plan de cuidados individualizado con la persona, basado en los resultados del cribado y/o la valoración integral de depresión perinatal y el juicio clínico. En la **Tabla 7** se incluyen ejemplos de cinco posibles resultados con sugerencias de estrategias de seguimiento. En cada caso, el panel de expertos recomienda un enfoque colaborativo que fomente los cuidados centrados en la persona y la toma de decisiones informadas. El plan de cuidados se deberá registrar, examinar y revisar según sea necesario, de acuerdo con la respuesta de la persona a las intervenciones o a los posibles cambios en sus necesidades (67).

Beneficios y Daños

Cuando se derive a un especialista en salud mental, se debe prestar atención a cualquier información personal sensible (por ejemplo, historia de trauma o abuso) que se haya desvelado en confianza, para determinar si dicha historia se puede compartir. Reconociendo estas cuestiones aseguraremos que se mantiene la relación terapéutica y se preserva la confianza entre la persona y el equipo interprofesional (40).

Valores y Preferencias

La persona debe recibir apoyo para determinar sus preferencias, inquietudes y prioridades en lo que se refiere a su plan de cuidados (62). También se pueden incluir en este proceso, y/o pueden participar, la pareja de la persona y otros miembros de la familia (cuando proceda) (47).



Tabla 7: Consideraciones Clínicas tras un Cribado y/o una Valoración de Depresión Perinatal

RESULTADOS DEL CRIBADO Y/O LA VALORACIÓN	CONSIDERACIONES CLÍNICAS
<p>No se ha dado consentimiento para el cribado o la valoración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mantener el contacto y seguir dando apoyo a la persona durante toda la duración de los cuidados en el periodo de embarazo o el posparto, según proceda (62, 68). ■ Analizar cualquier cambio de humor o inquietud sobre síntomas de depresión y cómo la persona hace frente a las transiciones del embarazo o como nueva madre (según sea necesario) (62, 68). ■ Permanecer alerta ante cualquier posibilidad de desarrollar síntomas de depresión y discutirlo con la persona (68). ■ Incorporar enfoques holísticos para detectar signos de depresión. Observar el aspecto de la persona, su estado de ánimo y sus interacciones con el bebé o con su familia para identificar cualquier síntoma de depresión (69). ■ Si la persona refiere alguna preocupación sobre posibles síntomas de depresión, se debe fomentar el seguimiento, incluyendo cribado, o llevar a cabo o facilitar el acceso a una valoración posterior, según la indicación clínica (62, 68).
<p>Cribado negativo (esto es, los resultados del cribado están por debajo de la puntuación de corte).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar atención continua habitual, para apoyar a la persona. ■ Animar a la persona a participar en actividades de autocuidado y buscar apoyo social como estrategia de prevención (56). ■ Continuar observando cualquier alteración en el estado de ánimo, pensamientos, percepciones y comportamientos de riesgo (56).
<p>Cribado es positivo (esto es, los resultados del cribado están por encima de la puntuación de corte).</p> <p>La valoración de seguimiento no identifica depresión perinatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar los resultados de la valoración y la falta de síntomas de depresión perinatal. Alentar y dar respuesta a las preguntas o consultas que la persona pueda tener (40). ■ Remarcar que cualquier herramienta de cribado puede dar falsos positivos. ■ Proporcionar los cuidados señalados en la categoría “no se confirman síntomas de depresión perinatal” (arriba) (56, 62).
<p>Cribado positivo (esto es, los resultados del cribado están por encima de la puntuación de corte).</p> <p>La valoración identifica depresión perinatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar los resultados de la valoración y la confirmación de síntomas de depresión perinatal. Alentar y dar respuesta a las preguntas o consultas que la persona pueda tener (40). ■ En colaboración con la persona, desarrollar un plan de cuidados basado en los resultados para identificar los servicios de salud mental y los apoyos más adecuados para la depresión perinatal y los objetivos de cuidado. Revisar según sea necesario. ■ Incluir una copia de los resultados de la valoración en el informe de la persona y facilitarle una copia (56).

RESULTADOS DEL CRIBADO Y/O LA VALORACIÓN	CONSIDERACIONES CLÍNICAS
<p>Un cribado o una valoración indicativos de riesgo de autolesión (independientemente de los resultados del cribado o de la valoración).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollar un plan de cuidados, registrado, en colaboración con la persona. Garantizar que los objetivos y resultados del plan de cuidados se comunican al profesional de atención primaria (67). ■ Llevar a cabo una valoración de riesgo con la persona, para analizar áreas de riesgo potencial, como autolesión, autonegligencia, pensamientos e intentos suicidas o riesgo de cualquier tipo para los demás (incluidos el bebé u otros niños, siempre que sea pertinente) (56). Véase el Anexo H (Respuesta a un riesgo identificado de suicidio materno) para consultar un ejemplo. ■ Informar al profesional de atención primaria en caso de cribado o valoración positiva de autolesión (56). ■ En caso de riesgo urgente o inmediato de autolesión, es preciso tramitar el acceso a cuidados médicos independientemente de que se haya obtenido consentimiento previo. Será necesaria una valoración psiquiátrica urgente, probablemente en un entorno de cuidados agudos (como el servicio de urgencias) (56). ■ En caso de que se identifique o se sospeche que existe una situación de negligencia o abuso del recién nacido, del niño o de otros niños, se debe informar inmediatamente de ello a la agencia local de protección a la infancia (56). ■ En caso de que se sospeche o se identifique un riesgo de autolesión de riesgo bajo o medio, será preciso seguir los siguientes pasos: <ul style="list-style-type: none"> □ Animar a la persona a que recurra a su red de apoyo social y familiar para reducir el aislamiento. □ Discutir los servicios y las medidas de apoyo disponibles en materia de salud mental y, cuando sea necesario, facilitar su acceso con el consentimiento de la persona (56). ■ Para crear y fomentar el apoyo social, preguntar a la persona si hay alguien a quien desee incluir en su cuidado, reconociendo así el impacto positivo del apoyo social (56). Implicar a la pareja de la persona y a los miembros de su familia, cuando sea necesario (56). ■ Incluir una copia del plan en la historia personal y para el profesional sanitario que derivó a la persona. Facilitar una copia a la persona, su pareja y su familia, cuando proceda (56).

Notas Prácticas

Para elaborar un plan de cuidados integral y centrado en la persona para la depresión perinatal, se identificaron como esenciales las siguientes prácticas:

- Analizar todas las opciones de tratamiento apropiadas y la disponibilidad de profesionales sanitarios locales con formación al respecto. Así aseguraremos que la persona sea consciente de todo el espectro de servicios y medidas de apoyo en salud mental, posibles intervenciones y potenciales resultados. Apoyar el derecho individual de la persona a decidir el momento en que se prestan los cuidados y la selección de enfoques individualizados (si están disponibles) (40).
- Ofrecer una explicación completa de lo que implica una opción de intervención o de tratamiento para apoyar la toma de decisiones informadas (47, 57). Ofrecer a una persona detalles relacionados con sus opciones de tratamiento sigue un modelo participativo de toma de decisiones y respeta su derecho de gestionar por sí misma su atención (incluyendo el derecho a rechazar o aceptar los componentes de la atención o el momento de la misma, a menos que así lo ordene un tribunal). Al hacer que las personas sean más conscientes de las expectativas y exigencias de un determinado tratamiento, estas pueden determinar si les resulta factible y si es compatible con sus objetivos y prioridades asistenciales (47, 57). Por ejemplo, una persona que esté considerando participar en terapia cognitivo-conductual de grupo debe saber que esta intervención habitualmente requiere participación semanal en sesiones de dos horas durante un periodo de ocho a doce semanas. Además, la persona debe saber que se pide a los participantes que compartan sus experiencias con otros en un entorno de grupo y que puede haber costes adicionales para acceder a estos servicios, como el transporte o el cuidado infantil (70 - 72). Se pueden consultar más detalles sobre la terapia cognitivo-conductual en la **Recomendación 2.7**.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Arthur E, Seymour A, Dartnall M, Beltgens P, Poole N, Smylie D, North N, Schmidt R. Trauma informed practice guide. Vancouver (BC): British Columbia Centre of Excellence for Women’s Health; BC Ministry of Health, Mental Health and Substance Use Branch; and Vancouver Island Health Authority, Youth and Family Substance Use Services; 2013. Available from: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un recurso para apoyar la integración en la práctica de principios informados sobre el trauma, incluyendo la colaboración en las opciones de asistencia sanitaria. La depresión, incluyendo la depresión perinatal, puede ser una respuesta a un trauma. ■ La guía incluye sugerencias prácticas que respaldan guías y enfoques colaborativos en la planificación de los cuidados para el cribado del trauma. ■ Entre los ejemplos de declaraciones que respaldan explícitamente la colaboración en la planificación de los cuidados se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> □ <i>‘Me gustaría entender su perspectiva.’</i> □ <i>‘Vamos a mirarlo juntos.’</i> □ <i>‘Vamos a definir el plan que a usted le vaya mejor.’</i> □ <i>‘¿Qué es lo más importante para usted con lo que deberíamos empezar?’</i> □ <i>‘Es importante que dé su punto de vista en cada uno de los pasos.’</i> □ <i>‘Esto puede funcionarle o no. Usted es quien mejor se conoce.’</i> □ <i>‘Indíqueme por favor si necesita hacer una pausa en cualquier momento o si hay algo que le incomoda. Usted puede decidir dejar pasar cualquier pregunta.’</i> □ <i>Emplear metáforas adecuadas: ‘Usted es el experto/ quien dirige. Yo puedo ser su GPS o mapa para guiarle a los recursos disponibles, etc.’</i>
<p>Canadian Mental Health Association Ontario. Advancing equity in Ontario: understanding key concepts [Internet]. Canadian Mental Health Association Ontario: [place unknown]; 2014. Available from: http://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2016/07/Advancing-Equity-In-Mental-Health-Final1.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso que examina la salud mental y la igualdad. Los grupos marginados tienen más probabilidades de sufrir enfermedades mentales. ■ Las personas que padecen enfermedades mentales, como la depresión perinatal, pueden experimentar desigualdades adicionales que pueden influir en sus decisiones en materia de cribado, valoración e intervenciones para la depresión perinatal. ■ El estigma ha hecho que las personas con enfermedades mentales sean discriminadas o aisladas socialmente. Algunos ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> □ Denegación de la vivienda o acoso por parte de los propietarios; □ Mayor probabilidad de desempleo, de no tener empleo o de no ascender; y □ Sufrir discriminación en la administración de justicia o en los servicios sanitarios. <p style="text-align: right;">Continuación →</p>

RECOMENDACIONES

RECURSO	DESCRIPCIÓN
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrategias sugeridas para fomentar la equidad y la salud mental: <ul style="list-style-type: none"> □ Reconocer la importancia de aplicar procesos equitativos en la planificación y las políticas de salud mental; □ Ampliar la evidencia sobre equidad y salud mental mediante la recopilación de datos y el intercambio de conocimientos; □ Involucrar a quienes tienen experiencia en enfermedades mentales en las políticas, la planificación y la prestación de servicios; □ Construir comunidades saludables reconociendo los determinantes sociales de la salud; y □ Cuestionar la discriminación, la exclusión y el estigma, apoyando los derechos humanos y los mecanismos de acceso de las personas que han experimentado enfermedades mentales.
<p>BC Reproductive Mental Health Program. Perinatal depression treatment options [Internet]. Vancouver (BC): BC Reproductive Mental Health Program; date unknown. Available from: https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/perinatal_depression_treatment_options_fact_sheet.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hoja informativa de dos páginas que resume las opciones de tratamiento de la depresión perinatal.
<p>World Health Organization. Social determinants of mental health [Internet]. Geneva (CH). World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=7E14520A2E67C6FA0FBBAB1A9E719FCD?sequence=1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Artículo de la Organización Mundial de la Salud sobre determinantes sociales de salud mental. ■ Se deben priorizar las estrategias globales para prevenir las enfermedades mentales y fomentar la salud mental a nivel poblacional durante toda la vida. Para ello es preciso actuar sobre los determinantes sociales de salud, como la seguridad en el acceso a la vivienda y la alimentación, la discriminación o la pobreza. Este tipo de enfoque reconoce que la enfermedad mental se desencadena por la situación social, económica y política en que vive la persona. Las desigualdades sistemáticas contribuyen negativamente en las enfermedades mentales. ■ El embarazo y el posparto son periodos de riesgo de enfermedad mental. También son momentos en que las estrategias de intervención, incluida la prevención, pueden ser efectivas para promover la salud mental y reducir las enfermedades mentales.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>NICE Clinical Guidelines, No. 136. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Service user experience in adult mental health: Improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Leicester (UK): British Psychological Society; 2012. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327301/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capítulo de una guía clínica de salud mental del Reino Unido que se centra en aquello que es necesario para que la experiencia del usuario sea de alta calidad en las transferencias asistenciales (por ejemplo, de atención primaria a cuidados especializados de salud mental). ■ Entre otros, se recomienda a los proveedores de servicios de salud mental que atienden las necesidades de los usuarios durante las transiciones asistenciales o en el momento del alta: <ul style="list-style-type: none"> □ Reconocer que una transición asistencial a un servicio de salud mental puede suscitar reacciones o emociones fuertes. □ Ofrecer información clara sobre todas las posibles opciones de apoyo de que puede disponer la persona tras la transición asistencial. □ Involucrar a las personas en las decisiones que afecten a su cuidado y respetar sus preferencias. □ Ofrecer apoyo emocional y mostrar empatía y respeto. Tener en cuenta que las transiciones en los cuidados pueden suscitar sentimientos de abandono o percibirse como un castigo.

RECOMENDACIÓN 2.2:

Implantar estrategias de prevención de la depresión perinatal para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad.

Nivel de Evidencia: Ia, Ib, IIb

Calidad de la Evidencia: Alta = 5; Moderada = 5; Baja = 5

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La finalidad de las estrategias de prevención de la depresión perinatal es preservar el bienestar de la persona y mitigar cualquier efecto adverso del trastorno emocional (73 - 74). Implantar estrategias de prevención o intervención precoz genera una oportunidad para apoyar a la persona en riesgo de depresión perinatal, o que empieza a desarrollar síntomas, y mejorar o disminuir así el riesgo de que la enfermedad avance (73 - 74). Las estrategias de prevención en atención sanitaria se pueden clasificar en base a la población diana (71, 75). Esta clasificación se divide en:

- Prevención universal, dirigida a toda la población (todas las embarazos) o a muestras poblacionales independientemente de sus indicadores de riesgo (esto es, desde ninguno a varios). Como enfoque, la prevención universal ofrece beneficios como la reducción del estigma, una reducción moderada de la prevalencia en la población y una mayor probabilidad de ser utilizada. Esto se consigue a través de estrategias como la promoción de la salud (71, 74 - 78).
- Prevención selectiva, destinada a quienes presentan factores de riesgo identificados a través de su propia declaración, cribado o la historia clínica (71).
- Prevención recomendada, centrada en personas que presentan signos y síntomas tempranos de un trastorno, pero que no se encuentran actualmente en ninguna fase de la enfermedad (71).

Intervenciones de Prevención Universal para la Depresión Perinatal

La evidencia que respalda la prevención universal de la depresión perinatal es limitada. Las intervenciones dirigidas al total de la población o de una comunidad pueden resultar costosas y los resultados de los estudios muestran inconsistencia a la hora de reducir riesgos (74 - 78). Por ejemplo, un programa psicoeducativo conducido por enfermeras, con información sobre género, dirigido a parejas y centrado en fortalecer su relación y hacer frente a comportamientos infantiles sin resolver (llanto, problemas de sueño o dificultades para alimentarse) no demostró diferencia en las puntuaciones de cribado de la depresión tras la intervención en comparación con el grupo control (75). Otro estudio no encontró diferencias significativas en la prevención de los síntomas de depresión hasta seis meses después del parto para quienes recibieron educación sobre la depresión posparto por parte de enfermeras antes del alta de la maternidad, en comparación con las que recibieron el cuidado habitual (77). El estudio concluyó que la prevención selectiva que priorizaba a quienes se encontraban en riesgo (p.ej., de estatus socioeconómico bajo o con historia prenatal de ansiedad o depresión) puede ser más efectiva que las intervenciones de educación universal.

No obstante, hay ejemplos de estrategias efectivas de prevención universal, como la escucha activa y las visitas domiciliarias (76). Una intervención preventiva de educación estructurada y dirigida por una enfermera para personas en el posparto demostró unas puntuaciones en depresión significativamente inferiores tras la intervención en comparación con los controles (78). En otro estudio en el que se implantó prevención universal, las embarazadas que acudían a varias sesiones de prevención en las que se utilizaban estrategias de psicoeducación y psicoterapia mostraron una disminución significativa de síntomas depresivos a las seis semanas tras el parto, en comparación con el grupo control, (63). Las participantes aprendieron sobre el cribado de la depresión posparto y las capacidades de adaptación, también a reconocer situaciones de angustia y buscar ayuda, desarrollando medidas de apoyo social y técnicas de relajación.

Intervenciones Preventivas Selectivas y Prescritas para la Depresión Perinatal

Las personas en situación de riesgo o que empiezan a desarrollar signos tempranos de depresión perinatal pueden beneficiarse de las intervenciones de prevención, incluyendo psicoeducación y psicoterapias, como se describe a continuación (79 – 82). Estas intervenciones se pueden ofrecer en múltiples y diversos entornos, por enfermeras y el equipo interprofesional (79 - 80).

Psicoeducación

La psicoeducación, como estrategia de prevención que incorpora educación sanitaria y apoyo informativo, ha demostrado ser una estrategia de prevención efectiva (63, 83). Por ejemplo, púérperas con una renta baja experimentaron menos síntomas depresivos a los seis meses de haber recibido intervención psicoeducativa en el ámbito hospitalario antes del alta (82). Las personas que participaron y sus parejas aprendieron sobre los síntomas desencadenantes de la depresión, los beneficios del apoyo social y la necesidad de conservar recursos personales como estrategias de afrontamiento. Se les facilitó información escrita y una lista de recursos, en caso de desarrollar algún problema. Además, se realizó un seguimiento telefónico a las dos semanas del alta para valorar los síntomas depresivos, el nivel de afrontamiento y otras necesidades de las participantes.

Psicoterapias

Diversas psicoterapias, como la orientación no directiva, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, fueron efectivas como estrategias de prevención (71, 81). La orientación no directiva, ofrece escucha empática y reflexión. La terapia cognitivo-conductual se centra en distorsiones cognitivas, emociones negativas y los comportamientos resultantes. La terapia interpersonal se centra en la comunicación y las interacciones con los demás para reforzar las relaciones (81, 84). Estas formas de psicoterapia pueden llevarse a cabo de manera individualizada o grupal durante el embarazo y el posparto, cuando son impartidas por enfermeras y miembros del equipo interprofesional (71, 81, 84). Por ejemplo, en un estudio realizado con embarazadas en situación de asistencia social que recibieron terapia interpersonal además de los cuidados prenatales estándar se demostró de manera significativa una tasa menor de síntomas depresivos a los seis meses posparto y niveles significativos marginalmente menores a los 12 meses posparto, en comparación con los controles (85). La intervención fue estructurada e impartida en grupos reducidos a lo largo de múltiples sesiones que incluían terapia interpersonal de aprendizaje de habilidades, como la mejora de las relaciones y del apoyo social. En otro estudio, las participantes en riesgo de depresión posparto, pero que no habían desarrollado síntomas depresivos, fueron asignadas aleatoriamente para recibir atención enfermera estándar o bien una intervención de aprendizaje de habilidades de resolución de problemas cognitivos (81). Los resultados mostraron una reducción de síntomas depresivos en ambos grupos, de acuerdo con las mediciones que se obtuvieron antes y después de la intervención usando el Inventario de Depresión de Beck.

Momento de Aplicación de Estrategias de Prevención Durante el Periodo Perinatal

La evidencia no es clara sobre cuál es el momento óptimo para introducir intervenciones de prevención (es decir, durante la gestación o durante el posparto), ya que los resultados son contradictorios (71, 86). El momento más adecuado puede depender del tipo de estrategia de prevención utilizada y de la respuesta individual. Por ejemplo, las intervenciones para la prevención de la depresión posparto resultaron más efectivas cuando se realizaron después del parto, ya que las participantes percibieron que las intervenciones desarrolladas de forma prenatal eran menos relevantes (71). En cambio, otros estudios observaron una mayor efectividad de las intervenciones preventivas que se administraron antes del parto, utilizando estrategias que promovían técnicas de afrontamiento, recurrían al apoyo de la pareja (como los programas psicoeducativos) e incluían programas de ejercicio (63, 84). Una intervención educativa al alta hospitalaria sobre la depresión posparto en una unidad de maternidad, que no demostró significación estadística, concluía que el momento de la intervención pudo no haber sido óptimo, ya que las personas durante el puerperio inmediato y precoz pueden estar distraídas por su recuperación del parto, el cuidado del bebé y atender a las visitas (77). Además, es posible que las personas que participaron en el estudio no pudieran asimilar y recordar la educación debido a factores como la fatiga o el dolor. Teniendo todo esto en cuenta, es posible que sea mejor ofrecer educación sobre depresión posparto en el periodo prenatal y abordar el tema brevemente en el posparto, con posterior seguimiento tras el alta.

Estrategias de Prevención Selectiva adaptadas a la Depresión Perinatal Dirigidas a Poblaciones que Experimentan Desigualdades Sociales

Las estrategias de prevención selectivas adaptadas a poblaciones que sufren desigualdades sociales (identificadas en la evidencia como personas socialmente desfavorecidas con bajo nivel socioeconómico, adolescentes con apoyo social limitado y personas marcadas por su origen racial) han mostrado una reducción estadísticamente significativa de los síntomas de la depresión, en comparación con los controles (71, 79, 81 – 83, 87). Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual resultó ser efectiva en el periodo posparto para mujeres de origen latino con un nivel económico bajo, las cuales obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el Inventario de Depresión de Beck después de la intervención (81). Se enseñó a las participantes del estudio distintas estrategias que incluían cómo regular su estado de ánimo, destrezas de autoeficacia para mejorar su confianza y habilidades parentales para promover el vínculo afectivo (81).

Las intervenciones preventivas pueden modificarse y adaptarse culturalmente para poblaciones que sufren desigualdades sociales, y así fomentar según se desee su integración y relevancia; por ejemplo, se puede ofrecer la intervención en el idioma materno de los participantes o ajustar el contenido para que refleje sus valores, creencias y cultura (81). Estas modificaciones favorecen la concienciación cultural y reconocen los determinantes sociales de la salud mental. Con ello se trata de ofrecer intervenciones de prevención comunitarias adaptadas a las personas, que reconocen y abordan sus desigualdades sanitarias y sus necesidades particulares (81).

A pesar de la cantidad de investigaciones realizadas sobre las estrategias de prevención de la depresión perinatal, hay limitaciones que reducen su posible generalización y la solidez de los resultados (63, 73 - 74, 84). Los estudios de prevención difieren en cuanto a la calidad y rigor metodológico, siendo más probable que los estudios más débiles demuestren hallazgos significativos (79).

Los criterios de inclusión de las participantes en el estudio variaban mucho, desde adolescentes hasta personas mayores de 18 años, con síntomas de depresión leves a graves, o desde personas con embarazos de alto riesgo a personas con embarazos de bajo riesgo (73, 79, 84). Otras limitaciones fueron la falta de ensayos multicéntricos, el pequeño tamaño muestral, que los síntomas de depresión fueron descritos por las pacientes, las tasas elevadas de abandono y el sesgo de publicación (63, 73, 84).

Beneficios y Daños

Se ha observado que la terapia cognitivo-conductual ofrecida en grupo proporciona beneficios adicionales, por ejemplo, puede ampliar el apoyo social, mostrar mayor coste-efectividad y resultar más accesible (71).

Valores y Preferencias

Se prefieren estrategias de prevención que incluyen adaptación cultural cuando incorporan las necesidades de la población de estudio (79). En general, la integración de planteamientos adaptados a las poblaciones puede mejorar las tasas de reclutamiento, participación, asistencia y satisfacción en relación con la intervención del estudio.

Notas Prácticas

Algunos ejemplos de temas de debate empleados en las intervenciones de psicoeducación para la depresión perinatal son:

- Información sobre tristeza, depresión, psicosis y tratamiento de la depresión posparto.
- Una revisión de los factores de riesgo modificables de depresión posparto y formas de reducir dichos factores.
- El papel y la importancia de contar con apoyo por parte de la pareja o de pares.
- Estrategias de manejo y afrontamiento del estrés.
- Conocimiento de los recursos disponibles a nivel local.
- Consejos para diferenciar la adaptación normal del posparto y los síntomas somáticos de la depresión posparto (63, 78, 83).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing postpartum depression: Review and recommendations. Arch Womens Ment Health. 2015;18(1):41-60. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308451/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión de la literatura de 45 ensayos clínicos sobre métodos psicológicos (como terapia interpersonal y terapia cognitivo-conductual) y psicosociales (clases prenatales y posparto, y apoyo posparto) para prevenir la depresión posparto. ■ Muchas de las intervenciones fueron efectivas y utilizaron indistintamente un formato individual o de grupo. Todas ellas se centraron en la persona. ■ La nueva evidencia sugiere que puede ser más efectivo centrarse en la díada mamá/bebé, ya que se ha observado una asociación positiva entre los síntomas de depresión posparto y los bebés con problemas de sueño o con actitud irritable. Como planteamiento de prevención efectivo se pueden aplicar técnicas para fomentar el sueño y reducir la agitación del bebé.
<p>Dennis C-L. Best evidence for the detection, prevention, and treatment of perinatal depression [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Available from: https://www.beststart.org/events/2014/bsannualconf14/webcov/Presentations_ForParticipants/New/C3_PPD-BestStart%20February%202014.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación de diapositivas basada en una revisión Cochrane sobre depresión perinatal que incluye diversas estrategias de prevención. ■ Se halló que dichas estrategias de prevención de los síntomas de la depresión tenían un efecto beneficioso.

RECOMENDACIÓN 2.3:

Promover estrategias de autocuidado para personas en riesgo o que sufren depresión perinatal, incluyendo:

- **Tiempo para sí mismas (nivel de evidencia = IV).**
- **Ejercicio (nivel de evidencia = Ia).**
- **Relajación (nivel de evidencia = Ib).**
- **Sueño (nivel de evidencia = Ia, IV).**

Nivel de Evidencia: Ia, Ib, IV

Calidad de la Evidencia: Alta = 2; Moderada = 5; Baja = 3

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La evidencia respalda la promoción de estrategias de autocuidado para todas las personas en riesgo o que sufren síntomas de depresión perinatal, mediante un proceso de toma de decisiones informadas guiado por las enfermeras y el equipo interprofesional (88 - 89). Las estrategias de autocuidado, como el tiempo para sí mismas, el ejercicio, la relajación y el sueño, reflejan un planteamiento holístico e integral hacia las intervenciones para la depresión perinatal, accesibles para la mayoría de las personas y que fomentan su autonomía (88). Debido a las limitaciones de los hallazgos, las enfermeras y el equipo interprofesional necesitan discutir la efectividad de las intervenciones, las limitaciones de los estudios y cualquier potencial efecto secundario o contraindicaciones de las distintas estrategias de autocuidado, para favorecer una toma de decisiones informada.

Las estrategias de autocuidado para la depresión perinatal se pueden percibir como beneficiosas por su posibilidad de autoadministración en el domicilio de la persona y de ser usadas en privado, además de ser seguras, con pocos o ningún efecto secundario o riesgos (88 - 89).

Si bien cualquier persona embarazada o en el posparto puede incorporarlas para optimizar su salud, estas estrategias de autocuidado pueden ser especialmente útiles para quienes sufren o tienen riesgo de sufrir depresión perinatal (88 - 89). Para estas personas, las estrategias de autocuidado pueden utilizarse como un medio para manejar de forma independiente los síntomas, promover el empoderamiento personal y apoyar la mejora de la salud y el bienestar general (88 - 89). Los ejemplos de autocuidado son variados, es la persona quien los debe definir y seleccionar. Es fundamental que las enfermeras y el equipo interprofesional, así como la pareja de la persona, su familia y su red social sean conscientes de lo necesario que es y los beneficios que aporta el autocuidado, y que apoyen y fomenten de manera activa la práctica regular del autocuidado (90).

Estrategias de Autocuidado

Tiempo Para Sí Mismas

El tiempo dedicado a sí misma ofrece a la persona la oportunidad de participar en actividades de autocuidado como pasear, pasar tiempo con otras personas, darse un baño o ir al gimnasio, como medida preventiva o terapéutica ante la depresión perinatal (89). Libera temporalmente a la persona de sus responsabilidades diarias, como el cuidado de su bebé y otros niños o dependientes, las tareas domésticas, la cocina o el trabajo remunerado. Dedicarse este tiempo da reconocimiento al hecho de que la depresión perinatal no se produce de forma aislada y que hay factores contribuyentes asociados como el apoyo social disponible, las relaciones personales, la renta o los factores de estrés derivados del aislamiento, la privación crónica del sueño o la irritabilidad en los niños (89). El apoyo a las personas para que tengan tiempo para sí mismas, requiere de parejas que estén dispuestas a compartir de forma equitativa el cuidado práctico y emocional de sus hijos. Esto puede contribuir a la salud de ambos progenitores y de sus hijos (89).

Se encontró una relación dosis-respuesta inversa entre los síntomas de la depresión a los seis meses del parto y la frecuencia de tiempo para una misma (89). Los resultados del estudio revelaron que el 10% de las participantes que disponían de tiempo para sí mismas menos de una vez cada dos semanas tenían síntomas de depresión, frente a menos del 6% que disponían de tiempo semanal para sí mismas. Quienes refirieron no tener nunca tiempo para sí mismas mostraron la prevalencia más alta de síntomas depresivos, del 15%.

A pesar de que el estudio sobre el tiempo para una misma fue uno de los primeros en detectar una asociación con la depresión posparto, hay importantes limitaciones (89). La muestra del estudio fue en su mayoría personas mayores de 30 años con educación universitaria y apoyo social arraigado. Generalizar la efectividad del tiempo para sí misma puede no ser aplicable a ciertos grupos de personas que no comparten las mismas características y/o sufren desigualdades sociales.

Ejercicio

Las mujeres embarazadas y puérperas que realizan ejercicio parecen presentar menos síntomas depresivos (91 - 92). Los estudios han demostrado que las actividades físicas (como andar, los ejercicios aeróbicos y acuáticos, estiramientos y los programas de clases dirigidas por un instructor o a domicilio) son efectivas para prevenir y tratar la depresión perinatal (91 - 92).

La generalización de estas conclusiones es limitada, ya que los estudios incluían a personas que recibían tratamientos simultáneos (p.ej., farmacoterapia), por lo que es difícil extraer conclusiones sobre los efectos independientes del ejercicio. Además, los estudios sobre depresión prenatal eran escasos y los criterios de inclusión de personas con síntomas de depresión eran inconsistentes (91 - 94).

Relajación

Las técnicas de relajación han demostrado promover de manera efectiva el bienestar y aliviar el dolor y otros factores de estrés (95). En un ECA en el que se empleaba una técnica de relajación en gestantes hospitalizadas con embarazos de alto riesgo (por diabetes, hipertensión o riesgo de hemorragia) se obtuvo una disminución significativa en las puntuaciones de depresión (95). Se considera que estos resultados son importantes, ya que las personas con embarazos de alto riesgo presentan un riesgo mayor de desarrollar depresión perinatal. Las enfermeras enseñaron a las participantes la técnica de relajación Benson, que incluía relajación muscular, conciencia respiratoria y repetición de palabras, de 10 a 20 minutos diarios durante cinco días. Los resultados también indicaron una disminución en cuanto a sentimientos de ansiedad y nerviosismo. Se observó que la relajación es una práctica sencilla, sin costes y no estigmatizante que puede realizarse a diario sin evidencia de daños asociados.

Sueño

Se reconoce que los ciclos de sueño regulares son beneficiosos para la promoción de la salud en general, tanto física como mental, y para la prevención de enfermedades (96 - 97). Para las personas que tienen un bebé o un niño pequeño puede ser difícil dormir, ya que las horas de sueño suelen ser más cortas en duración, pudiendo llegar a ser un factor contribuyente a la depresión posparto (96). Conciliar el sueño puede ser especialmente complicado para quienes tienen pautas de sueño desordenadas de día y de noche o tienen bebés "irritables" (97). La falta de sueño persistente, en combinación con síntomas de depresión, ha de identificarse de forma precoz para evitar desarrollar problemas de sueño crónicos y empeorar los síntomas depresivos (97).

Entre las limitaciones en el conjunto de la evidencia disponible sobre las estrategias de autocuidado se incluyen tamaños muestrales pequeños, escasez de ensayos aleatorios, altas tasas de abandono, plazos de seguimiento cortos y una calidad metodológica de débil a moderada (88, 94). Pueden encontrarse variaciones ya que algunos estudios

examinaron una estrategia de autocuidado como monoterapia, mientras que otros utilizaron una combinación de otros enfoques o utilizaron estrategias de autocuidado como complemento de los tratamientos psicológicos o farmacológicos, introduciendo así posibles factores de confusión o sesgos. Además, los criterios de inclusión de los participantes variaron de unos estudios a otros, abarcando desde personas con síntomas de depresión informados por ellas mismas, a personas que habían obtenido un cribado positivo con un instrumento de cribado validado, o personas que tenían un diagnóstico confirmado de depresión. En el futuro, es necesario disponer de ensayos controlados grandes y bien diseñados para reforzar las conclusiones sobre estrategias de autocuidado y depresión perinatal (88).

Beneficios y Daños

Salvo que esté médicamente contraindicado, las embarazadas que realizan actividad física con regularidad obtienen mejoría en el estado de ánimo y un aumento de apoyo social, capacidad de afrontamiento y mejora en la funcionalidad (91 - 94). Se recomienda realizar treinta minutos de ejercicio diario para favorecer la salud mental, en especial en el caso de depresión, aunque sería necesario disponer de más evidencia para respaldar esta directriz (91 - 92).

Valores y Preferencias

Entre los diversos enfoques de atención de la depresión perinatal, las personas embarazadas y púerperas pueden mostrar preferencia por los enfoques autogestionados (en contraposición a las intervenciones farmacológicas o psicológicas) (88). Esto puede deberse a su preferencia personal, a preocupaciones que puedan tener por percepción de complicaciones o riesgos por exposición a los fármacos durante la gestación o la lactancia, o dificultades para acceder a tratamientos psicosociales o psicológicos (p.ej., distancia geográfica, costes, listas de espera, cuidado infantil, estigma o disponibilidad de recursos locales) (88).

Notas Prácticas

Ejemplos de Estrategias de Autocuidado con Evidencia Limitada

Es importante dar apoyo a las personas con depresión perinatal para que tomen decisiones informadas sobre estrategias de autocuidado. Dentro de estos debates sobre la planificación de los cuidados, las enfermeras y el equipo interprofesional deben tener en cuenta que algunas estrategias de autocuidado de la salud no tienen un efecto demostrado y consistente, o que existen limitaciones importantes que sugieren tener cautela a la hora de determinar su posibilidad de generalización y la efectividad clínica (88, 94, 98 - 102).

Entre los ejemplos de estrategias de autocuidado para la depresión perinatal con evidencia limitada o hallazgos inconsistentes se incluyen: el yoga, los ácidos grasos omega-3, los suplementos de hierro, las infusiones de manzanilla y el contacto piel con piel con el recién nacido (88, 94, 98 - 104). Algunas limitaciones clave son:

- Como enfoque de autocuidado, el yoga puede aportar numerosos beneficios, como menores niveles de estrés, ansiedad, dolor y trastornos del sueño (100). Se pueden mejorar los estados de relajación (100). No obstante, se desconoce cuál es la frecuencia óptima para la práctica de yoga, y el número de sesiones por estudio difiere ampliamente, al igual que su impacto como una modalidad de autocuidado para la depresión posparto (100 - 102). Además, se desconoce el impacto de los componentes del yoga (como conciencia plena o *mindfulness*, ejercicios y técnicas de relajación) o de los distintos tipos de yoga en los síntomas de la depresión.
- Los ácidos grasos omega-3, incluyendo los procedentes del pescado (esto es, ácido eicosapentaenoico EPA- y ácido docosahexaenoico -DHA-), han demostrado resultados inconsistentes en ensayos aleatorios, con cambios significativos y no significativos en las puntuaciones medias de depresión en comparación con el placebo. Es preciso disponer de otros estudios con tamaños muestrales mayores, mayor duración y consistencia en la dosificación, para determinar el efecto (88, 94). Entretanto, se recomienda llevar una dieta saludable y equilibrada que aporte una buena nutrición para garantizar que las personas consigan un estado de salud mejor (40).

- Un ensayo aleatorizado controlado con placebo examinó los efectos sobre síntomas de depresión confirmados de la suplementación con hierro posparto en mujeres sin anemia y durante un periodo de seis semanas, frente a placebo (103). Los resultados indicaron una disminución significativa de los síntomas depresivos, así como una mejora en las reservas de hierro. Sin embargo, se necesitan más estudios para examinar otros factores que pueden haber influido en los resultados y determinar si los efectos secundarios de los suplementos de hierro perjudican de alguna manera a la persona o al bebé (si está lactando).
- En un pequeño ensayo aleatorio se determinó que el consumo continuado de infusión de manzanilla durante dos semanas reducía significativamente los síntomas de depresión a corto plazo y mejoraba las deficiencias de sueño en púerperas (104). No obstante, no se observaron los efectos una vez que los participantes dejaron de beber la infusión y se necesitan estudios adicionales. Los investigadores concluyen que la infusión puede ser útil como enfoque complementario y apuntan a que los efectos positivos de la infusión pueden deberse a la apigenina, un flavonoide que tiene un ligero efecto sedante para ayudar a dormir y tal vez ayudar con los síntomas de la depresión.
- El contacto piel con piel con el neonato puede ser una estrategia efectiva para reducir los síntomas depresivos, ya que produce un sentimiento positivo de vínculo afectivo con el bebé y mejora el estado de ánimo (98). La gran variabilidad en la duración media del tiempo de contacto piel con piel, de dos a seis horas diarias, hacen que sea difícil poder hacer cualquier recomendación respecto a la cantidad óptima de tiempo de contacto (98 - 99).

Para promover el tiempo que dedica la persona a sí misma, las enfermeras y el equipo interprofesional pueden animar, educar y apoyar a las personas para:

- Asegurarse de tener tiempo para sí mismas de forma regular, con una frecuencia semanal como mínimo o más a menudo, según disponibilidad.
- Reconocer el tiempo para una misma como un paso hacia la protección y promoción de su salud mental y bienestar, así como para reducir síntomas depresivos.
- Valorar el tiempo para una misma como una estrategia de prevención de bajo coste y baja intensidad.
- Conseguir apoyo continuo de su red social (cuando corresponda), como amigos, vecinos y cuidadores remunerados, para que la persona se asegure un tiempo planificado y horario regular para sí misma.
- Alentar a las parejas a participar en las responsabilidades emocionales y prácticas en cuanto al cuidado de los niños y las tareas domésticas.
- Reconocer que las personas que se enfrentan a desigualdades sociales pueden tener problemas para dedicarse tiempo a sí mismas por la situación en la que viven (89).

Para promover y apoyar patrones de sueño regulares y saludables, las enfermeras pueden educar a las personas que experimentan o tienen riesgo de experimentar síntomas de depresión perinatal para que pongan en práctica lo siguiente:

- Evitar el alcohol y la cafeína.
- Realizar alguna actividad física al final de la tarde o a primera hora de la noche.
- Despertarse a la misma hora cada mañana, aproximadamente, para establecer una rutina diaria (cuando sea posible).
- Levantarse y moverse a otra habitación hasta sentir sueño si no se ha dormido en 15 minutos.
- Tomar un tentempié ligero o leche caliente antes de irse a dormir.
- Fomentar siestas cortas durante el día para sobrellevar la interrupción del sueño nocturno.
- Contar con la pareja de la persona, su familia, su red social o una doula para el posparto, con el fin de facilitar periodos de sueño ininterrumpidos (en la medida de lo posible).
- Practicar ejercicios para reducción del estrés y relajación (p.ej., respiración profunda, uso de imágenes o relajación muscular progresiva) (56).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Family Services Ottawa. Resource booklet: Postpartum distress, depression and/or anxious moods [Internet]. Ottawa (ON): Family Services Ottawa; 2017. Available from: http://familyservicesottawa.org/wp-content/uploads/2017/04/PPDinfopackage-2017.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Folleto de recursos, desarrollado para madres que sufren depresión posparto o ansiedad. ■ El folleto incluye una sección sobre autocuidado con sugerencias sobre cómo reducir el estrés, establecer sistemas de apoyo y hacer frente a la ansiedad.
<p>Best Start Resource Centre. Managing depression: a self-help skills resource for women living with depression during pregnancy, after delivery and beyond [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2014. Available from: https://www.beststart.org/resources/ppmd/DepressionWorkbookFinal_15APR30.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual para una persona que vive con síntomas de depresión perinatal, centrado en habilidades de afrontamiento para la depresión y cambios en el estilo de vida.
<p>Pacific Post Partum Support Society. Postpartum depression & anxiety: a self-help guide for mothers. 7th ed. Vancouver (BC): Pacific Post Partum Support Society; 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía práctica que se vende, para personas que sufren depresión posparto y ansiedad. ■ Este "librito morado" incluye información sobre cómo hacer frente a la depresión y a la ansiedad, y sobre la recuperación.
<p>Minnesota Department of Health. Maternal well-being plan [Internet]. St. Paul (MN): Minnesota Department of Health; 2016. Available from: http://www.health.state.mn.us/divs/cfh/topic/pmad/content/document/pdf/wellbeing-eng.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de bienestar para puérperas, centrado en el sueño, la nutrición, el apoyo social y la actividad física. ■ Una herramienta breve para que las personas puedan identificar sus estrategias de bienestar, además de signos de depresión o ansiedad.
<p>Royal College of Psychiatrists. Postnatal depression [Internet]. London (UK): Royal College of Psychiatrists; 2018. Available from: https://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsanddisorders/postnataldepression.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una revisión de la depresión posparto, incluyendo los signos y síntomas y opciones de tratamiento. ■ Se incluyen sugerencias de autoayuda.

RECOMENDACIÓN 2.4:

Alentar a las personas con síntomas de depresión perinatal a que busquen apoyo de su pareja, su familia, sus redes sociales y sus pares, cuando proceda.

Nivel de Evidencia: Ia, Ib, IV

Calidad de la Evidencia: Alta = 1; Moderada = 4

Discusión de la Evidencia:**Resumen de Evidencia****Apoyo de la Pareja, los Miembros de la Familia y la Red Social**

El apoyo social de la pareja, la familia y las redes sociales (p.ej., amigos, conocidos de su comunidad, compañeros de trabajo), según proceda, es una necesidad y un beneficio para personas que sufren depresión posparto (105). Este tipo de apoyo puede mejorar su capacidad para hacer frente a los síntomas de depresión (105).

Apoyo Entre Pares

Supone recibir apoyo y comprensión entre iguales (pares) que pueden haber pasado por experiencias similares con síntomas de depresión (106 - 108). Este tipo de relación es única, y se diferencia de la relación terapéutica que se establece con la enfermera o con un miembro del equipo interprofesional ya que las pacientes no suelen percibir que estos profesionales hayan tenido una experiencia vital común de depresión posparto (107).

El apoyo entre iguales para la depresión perinatal puede ofrecerse de manera efectiva en persona, vía telefónica, o a través de foros de debate telemáticos de grupos de posparto (106 - 108). El apoyo telefónico por pares facilita la accesibilidad y reduce el estigma con el que a veces se encuentran en las interacciones en persona (107). No obstante, es difícil determinar los efectos independientes del apoyo entre pares, ya que muchas de las intervenciones descritas en la evidencia fueron multimodales (p.ej., apoyo entre pares y terapia cognitivo-conductual o terapia según la diada mamá-bebé).

Apoyo entre Pares a Través de Foros de Discusión Telemática

El acceso a internet o a intervenciones interactivas vía web (es decir, atención asistida por tecnología) ofrece un medio de fácil acceso para que muchas personas con depresión posparto busquen y obtengan apoyo a través de foros de discusión telemáticos (106, 108). Las páginas web con salas de conversación virtuales (*chat rooms*) para personas con síntomas de depresión posparto ofrecen ventajas a los usuarios, como la reducción de algunos obstáculos al tratamiento (como coste, viajes, estigma o necesidades de cuidado de niños, cuando proceda) y el facilitar el acceso a medidas apoyo, por una duración y frecuencia que puede determinar el propio usuario (108).

Estudios piloto^G sugieren la viabilidad de las intervenciones interactivas vía web y la disposición de las personas con síntomas de depresión perinatal a acceder a ellas y utilizarlas, aunque los hallazgos de los estudios son limitados y no concluyentes (106). Otros estudios han hallado que la participación en comunidades virtuales resultó efectiva para reducir los síntomas de depresión posparto (106, 108).

Muchos foros de discusión telemáticos para la depresión posparto tienen mecanismos de calidad para crear un entorno telemático seguro y de apoyo para las personas que participen, que parecen contribuir a unos resultados positivos (106, 108). Estos mecanismos incluyen los moderadores en las salas de conversación, que monitorizan los debates en línea

y están atentos a cualquier signo de publicación ofensiva o inapropiada, acceso en directo a orientadores formados y utilización de enfoques basados en la evidencia. En ausencia de estos mecanismos, es posible que los resultados no se puedan reproducir, y las enfermeras y el equipo interprofesional deban animar a los usuarios a buscar un entorno telemático seguro y propicio.

Beneficios y Daños

Se ha identificado que interactuar con iguales que comparten experiencias similares de depresión perinatal ayuda a adquirir conocimientos y contribuye a generar optimismo para superar los síntomas de la depresión (107). Sin embargo, cabe destacar que una persona que tienen una historia de depresión puede ser menos capaz o tener menos disposición para prestar apoyo, debido a su propio trastorno del estado de ánimo (70, 107). La formación y el apoyo a los pares pueden minimizar alguno de estos efectos.

Cuando la pareja de una persona, su familia o su red social demuestran falta de comprensión y empatía, no dan apoyo o tienen una actitud abusiva, las personas que sufren depresión posparto pueden sufrir un mayor aislamiento y estigma (70). La falta de apoyo por parte de la pareja de la persona, su familia o su red social puede obedecer a distintas causas, como albergar un sentimiento de inseguridad para ayudar, normalizar o minimizar los síntomas depresivos creyendo que la depresión no es una enfermedad mental que requiere tratamiento, o carecer de empatía y/o tener un trauma no resuelto que se traduce en un comportamiento abusivo. Independientemente de las causas subyacentes, la falta de apoyo por parte de la pareja, la familia o la red social puede llevar a la persona con depresión posparto a confiar más en otras personas, como los pares que dan apoyo (70, 107). En situaciones en las que no hay apoyo social, los síntomas de depresión pueden agravarse (107).

Valores y Preferencias

Se valoró el apoyo presencial e individual en el domicilio de la persona por ser oportuno y de fácil acceso. Se prefería el apoyo de grupo para compartir las estrategias de afrontamiento y normalizar los sentimientos de depresión (105).

Las personas señalaron que valoraban los siguientes aspectos como medida de apoyo: 1) que se les escuche y se reconozcan sus sentimientos; 2) que se les reafirmase que sus experiencias no son inusuales; y 3) que se les diese una sensación de esperanza de que las cosas pueden mejorar con apoyo y tratamiento (105).

Notas prácticas

Algunos tipos de apoyo de la pareja, la familia y la red social que las personas con síntomas de depresión posparto pueden encontrar útiles son:

1. Informativo (es decir, ofrecer asesoramiento y orientación sobre temas como síntomas de depresión posparto para reducir los sentimientos de incompetencia, vergüenza o turbación).
2. Instrumental (es decir, ayudar y asistir en actividades prácticas, como tareas domésticas o cuidado de niños).
3. Emocional (es decir, ofrecer atención, empatía y compasión a través de una escucha activa).
4. De afirmación (es decir, reconocimiento y validación de la experiencia de depresión) (105).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Partners to parents [Internet]. Melbourne (AU): Partners to Parents; c2016. Available from: http://www.partnerstoparents.org/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web basado en la evidencia con estrategias sobre cómo las parejas pueden apoyarse mutuamente cuando sean padres. ■ Incluyen un enfoque sobre síntomas y factores de riesgo de depresión perinatal y ansiedad.
<p>Best Start Resource Centre. Creating circles of support for pregnant women and new parents: A manual for service providers supporting women's mental health in pregnancy and postpartum [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Centre; 2009. Available from: https://www.beststart.org/resources/ppmd/pdf/circles_of_support_manual_fnl.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual para profesionales de la salud y servicios sociales para ayudar a embarazos y puérperas, incluyendo aquellas con depresión perinatal, a crear un círculo de apoyo. ■ Incluye un listado de recursos en Ontario, Canadá.

RECOMENDACIÓN 2.5:

Proporcionar o facilitar acceso a intervenciones psicoeducativas para personas en riesgo o que sufren depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ib

Calidad de la Evidencia: Alta = 1; Moderada = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Como intervención, la psicoeducación implica que enfermeras y miembros del equipo interprofesional proporcionen información, apoyo, educación sanitaria y formación sobre trastornos físicos o mentales específicos. El objetivo de la psicoeducación es entablar un diálogo con la persona para promover una mejor comprensión y conciencia del problema de salud y de las opciones de tratamiento disponibles, así como reducir los factores de estrés debido a la falta de información (83, 109).

Mediante intervenciones psicoeducativas, embarazadas y puérperas adquieren conocimiento sobre la depresión, incluyendo factores de riesgo modificables asociados (p.ej., síntomas físicos, escaso apoyo social, factores relacionados con el bebé), estrategias de afrontamiento y autocuidado, riesgos de no tratar la depresión y consejos para acceder a recursos locales para la depresión perinatal (83, 109 - 110). Las personas aprenden cómo pueden cambiar las dinámicas familiares con la llegada de un recién nacido, los pasos para desarrollar conductas de autoeficacia y de búsqueda de ayuda, y el papel e importancia de la implicación y el apoyo de la pareja (109). A través de la psicoeducación, los síntomas depresivos (medidos con herramientas de cribado validadas, como la escala de depresión posparto de Edimburgo - EPDS), se reducen después de la intervención, en comparación con los controles que recibieron cuidados estándar (109).

Mediante el uso de enfoques multimodales, se ha comprobado la efectividad de diversas intervenciones psicoeducativas para reducir síntomas de la depresión en el embarazo y el posparto, incluyendo:

- Sesiones educativas para promover la **alfabetización en salud**^G (109).
- Manuales de autoayuda y otra información escrita para promover la educación para la salud y reforzar los conocimientos adquiridos (110).
- Concienciación sobre las opciones de tratamiento y los recursos locales disponibles (109).

Beneficios y Daños

Algunos beneficios de las intervenciones psicoeducativas para personas con depresión perinatal son:

- Mayor conocimiento y conciencia de la depresión perinatal y las estrategias de afrontamiento (110).
- Mayor nivel de autoeficacia, con lo que la persona se siente más segura de su capacidad de cuidar al bebé y en la transición hacia su papel como padre/madre (109).
- Mayor conciencia de los recursos disponibles ofrecidos por profesionales y no profesionales, así como de las herramientas de autoayuda (8).
- Mejor capacidad de desarrollar una relación favorable con el bebé (109).

Valores y Preferencias

Un ensayo controlado aleatorizado comunitario halló que las participantes que recibieron intervención psicoeducativa posparto en las dos primeras semanas después de dar a luz tenían puntuaciones menores de síntomas depresivos a las seis y a las doce semanas después del parto (75).

Las participantes manifestaron su satisfacción con la intervención psicoeducativa, que incluyó una visita a domicilio, llamadas telefónicas de seguimiento y un folleto educativo. Las participantes del estudio percibieron que la psicoeducación debe formar parte de la atención estándar y que un seguimiento más prolongado (más allá de las dos primeras semanas tras el parto), bien con visitas a domicilio o con llamadas telefónicas, sería beneficioso para quienes desarrollan depresión posparto más tarde en el primer año después del parto.

Una revisión Cochrane sobre intervenciones psicoeducativas posparto, que incluía una valoración física realizada por enfermeras en el domicilio frente a realizarla en el hospital, no demostró ninguna mejoría en las puntuaciones de depresión según la modalidad de prestación (111). No obstante, las visitas a domicilio se asociaron positivamente con un enfoque individualizado, mejor acceso (al eliminar algunas barreras, como transporte o cuidado infantil) e inicio oportuno y atención continuada.

Notas Prácticas

En el contexto de la atención enfermera, las intervenciones psicoeducativas para la depresión perinatal pueden ser:

- Incorporadas a la atención clínica de rutina, tanto verbalmente como con materiales escritos (109 - 110).
- Impartidas de forma breve y en distintos contextos, incluyendo grupos prenatales y de posparto (109).
- Utilizadas para promover conductas de búsqueda de ayuda, propiciando que se revele información de forma más temprana y que se obtengan resultados potencialmente mejores (109).
- Ofrecerse como una intervención independiente o como complemento de otras intervenciones (como tratamientos psicológicos y farmacológicos), dependiendo de los resultados de la valoración integral y de las necesidades y preferencias identificadas de la persona (83).
- Proporcionadas tanto a la persona embarazada como a la persona y su pareja. Un ensayo controlado encontró que la educación basada en el estilo de vida dirigida a la persona y/o su pareja redujo la media de síntomas de depresión durante el embarazo, según los resultados obtenidos usando la escala de depresión posparto de Edimburgo, además de la ansiedad (112). Los temas abordados en la intervención incluyeron, entre otros, el sueño, la nutrición, la actividad física, el concepto de uno mismo y la sexualidad. La participación de las parejas fue considerada tan beneficiosa como el apoyo psicosocial proporcionado a la embarazada.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Corey E, Thapa S. Postpartum depression: an overview of treatment and prevention. Geneva (CH): World Health Organization; 2011. Available from: https://www.gfmer.ch/SRH-Course-2011/maternal-health/pdf/Postpartum-depression-Corey-2011.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación en PowerPoint que resume distintas opciones de tratamiento y prevención de la depresión posparto, basadas en la evidencia. ■ Las estrategias de prevención se dirigen a las poblaciones de riesgo, frente a la población general en el posparto, e incluyen intervenciones psicosociales y psicológicas.

RECOMENDACIÓN 2.6:

Proporcionar o facilitar acceso a intervenciones psicosociales dirigidas por un profesional, incluyendo orientación no directiva, para personas con depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ia, Ib

Calidad de la Evidencia: Moderada = 1; Baja = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La orientación no directiva ofrece apoyo a través de la empatía, la escucha activa, la motivación, la resolución de problemas colaborativa y el desarrollo de relaciones terapéuticas positivas en las que se anima a las personas a encontrar soluciones o planteamientos que les funcionen (113 - 114). Este tipo de intervención es apropiada para quienes no precisan atención de un especialista en salud mental (tales como un psicólogo, una enfermera especializada en salud mental o un psiquiatra) (113). La orientación no directiva se puede ofrecer de forma efectiva como apoyo psicosocial para la depresión posparto, tanto de forma individual como en grupo, y puede realizarse por enfermeras o miembros del equipo interprofesional que tengan formación específica (115).

La orientación no directiva reduce los síntomas de depresión perinatal, aunque los resultados por el momento son limitados (113). Las personas que recibieron orientación no directiva mediante la escucha activa, en las visitas realizadas por las enfermeras durante el embarazo, obtuvieron en el periodo posparto menores puntuaciones en la escala de depresión posparto de Edimburgo, en comparación con las que no recibieron dicha intervención (114). Un ensayo controlado aleatorizado de Noruega halló que, las personas que presentaban altas puntuaciones en el cribado de depresión y habían recibido orientación no directiva por enfermeras de salud pública en la consulta del niño sano tuvieron una reducción significativa de la puntuación de cribado de depresión a los tres y seis meses posparto (113). El número de sesiones ofrecidas por las enfermeras se definía según las necesidades individuales de la persona; algunas participantes solo recibieron una sesión, aunque consideraban haberse beneficiado, dada la concienciación adquirida acerca del apoyo disponible.

Beneficios y Daños

Son necesarias más evaluaciones realizadas por las propias participantes sobre la orientación de apoyo, para identificar si hay algún perjuicio que pueda derivar de este tipo de apoyo e intervención social (113).

Valores y Preferencias

Según el psicólogo Rogers, para ofrecer orientación no directiva de forma efectiva, la enfermera debe integrar los valores de humanidad, autenticidad y atención centrada en la persona, mediante concienciación, autoaceptación y franqueza con la persona (113).

Notas Prácticas

Al aplicar orientación no directiva, las enfermeras tienen que asegurarse de seguir los siguientes pasos:

- Establecer y mantener una relación terapéutica con la persona.
- Centrarse en la experiencia de la persona y su capacidad de resolver problemas y manejar sus propias situaciones.
- Asegurarse de comprender con claridad la perspectiva de la persona.
- No realizar juicios de valor, utilizando una escucha activa y empática.
- Tratar a la persona con consideración y respeto.
- Ser abierta y transparente en todas sus interacciones.
- Derivar a otros recursos de apoyo (como especialistas en diagnóstico de salud mental, es decir, psiquiatra, psicólogo, enfermera especializada en psiquiatría o salud mental) en caso necesario, cuando se aprecie depresión de moderada a grave o agravamiento de los síntomas.
- Derivar y facilitar el acceso a servicios de atención de urgencia en casos identificados de autolesión o ideación suicida o de riesgo (113 – 114, 116).

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de temas tratados durante una sesión de orientación no directiva:

- Pensamientos y emociones de la persona.
- Transición hacia el papel de padre/madre.
- Cambio en las dinámicas de las relaciones familiares.
- Resolución de problemas.
- Promoción de enfoques positivos (114).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
The Australian College of Mental Health Nurses. Non-directive counselling: what it is [Internet]. Deakin West (AU); c2018. Available from: http://www.acmhn.org/contact-the-australian-college-of-mental-health-nursing	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un documento de trabajo sobre los componentes de la orientación no directiva, que incluye la imparcialidad, la toma de decisiones autónoma y el diseño de las sesiones según las circunstancias y necesidades del individuo.
Braddell A. Citizen’s guide to non-directive coaching [Internet]. Leicester (UK): Learning and Work Institute; 2017. Available from: https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso basado en la investigación sobre los principios de la orientación no directiva. ■ El recurso se basa en conceptos del aprendizaje adulto.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>World Health Organization. Thinking healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva (CH): World Health Organization; 2015. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual sobre el manejo psicosocial de la depresión perinatal. ■ Incluye consejos para buenas estrategias de comunicación, como: <ul style="list-style-type: none"> □ Consensuar la hora de la cita con la persona. □ Hacer hincapié en que todas las comunicaciones serán confidenciales y que la persona tiene derecho a la privacidad, salvo en situaciones urgentes en las que se identifique riesgo de daño para la persona, el bebé u otro niño. □ Situarse al mismo nivel que la persona y hablar en un tono amistoso y sin prejuicios. □ Animar a la persona a hablar abiertamente. Emplear preguntas abiertas para explorar sentimientos. □ Mantener una actitud positiva, incluso si la persona no muestra signos de cambio. Así se le animará a seguir intentándolo a pesar de las dificultades.
<p>Terrazas C, Segre L, Wolfe C. Moving beyond depression screening: integrated perinatal depression treatment into OB/GYN practices. Prim Health Care Res Dev. 2018;12:1-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29429427</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un ensayo controlado aleatorizado examinó el efecto de las visitas de escucha activa en servicios de obstetricia/ginecología. ■ Los resultados indicaron que las visitas de escucha activa fueron viables y aceptables en servicios de obstetricia o ginecología para personas con depresión perinatal de leve a moderada, según se determinó con una herramienta de cribado válida (p.ej., la escala de depresión posparto de Edimburgo, EPDS). Las personas recibieron hasta seis visitas de escucha activa semanales, de incluso 50 minutos de duración, proporcionadas por trabajadores sociales, enfermeras o médicos con formación específica. La formación de los profesionales de salud incluía respuesta empática, escucha activa y resolución colaborativa de problemas. ■ Las participantes mostraron preferencia por estas visitas de escucha activa en servicios de obstetricia/ginecología, ya que así se resolvían barreras de acceso a la atención psicosocial para la depresión perinatal como son la desconfianza en los especialistas en salud conductual, el estigma y la vergüenza de recibir servicios y apoyo en servicios de salud mental, y las barreras logísticas para acceder a la atención.

RECOMENDACIÓN 2.7:

Proporcionar o facilitar acceso a psicoterapias, tales como terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal, para la depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ia, Ib

Calidad de la Evidencia: Moderada = 8; Baja = 5

Discusión de la Evidencia:**Resumen de evidencia****Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**

La terapia cognitivo-conductual es una psicoterapia a corto plazo que se centra en la interacción de los pensamientos, las emociones y los comportamientos (115). Se ha hallado que resulta notablemente beneficiosa como tratamiento de la depresión perinatal tanto de forma individual como en grupo (115). Se observaron efectos positivos inmediatamente tras la intervención y, en menor medida, hasta seis meses después o más, según lo medido por varias escalas de depresión, en comparación con el tratamiento estándar (115). Este tipo de psicoterapia se puede emplear con efectividad como tratamiento de primera línea en personas con depresión perinatal de leve a moderada; para quienes tienen síntomas graves, la psicoterapia puede ser efectiva en combinación con medicación (117).

La TCC puede ser proporcionada por enfermeras y otros miembros del equipo interprofesional, como psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y médicos de familia (11, 71, 118). La terapia cognitivo-conductual puede ofrecerse de forma flexible y en distintos entornos, como servicios de cuidados agudos, atención primaria y comunitaria, vía telefónica y a domicilio (118). También puede prestarse en zonas rurales en las que el acceso a servicios de salud mental puede ser limitado o en las que el transporte o la geografía suponen un obstáculo (118). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la efectividad de un tipo de psicoterapia tradicional (es decir, terapia cognitivo-conductual frente a terapia interpersonal) para la depresión posparto (11).

En su función de facilitar el acceso a la TCC, las enfermeras pueden educar a las personas con síntomas de depresión perinatal acerca de los componentes clave de este tipo de intervención psicológica, que se resumen a continuación. Estos incluyen tipos de técnicas de la terapia, el momento, la gravedad de los síntomas depresivos, terapia individual frente a grupal, programas de terapia cognitivo-conductual asistidos por terapeuta a través de internet, y costes.

Tipos de Técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual

Los tipos de técnicas de terapia cognitivo-conductual que resultaron ser efectivos para los síntomas de depresión perinatal fueron variados y a menudo se trataba de técnicas múltiples con sesiones estructuradas que seguían un manual de tratamiento (11). Algunos ejemplos de técnicas empleadas en la terapia cognitivo-conductual incluyen psicoeducación, así como también las siguientes:

- La reestructuración cognitiva, que desafía los patrones negativos de pensamiento en la persona, en cuanto a la conciencia de uno mismo, su mundo y su futuro. Estos patrones de pensamiento actúan como filtro de experiencia y pueden predisponer el riesgo de desarrollar una depresión (11, 115).
- La terapia cognitivo-conductual orientada a problemas implica adquirir competencias como fijar objetivos, gestionar el estrés, identificar y sustituir pensamientos negativos, resolver problemas, dividir tareas en componentes más pequeños, y habilidades de crianza (11). Estas destrezas se tradujeron en mayor nivel de autoestima y menor estrés y pensamientos negativos. Se constató que este tipo de terapia cognitivo-conductual redujo de manera significativa los síntomas de depresión prenatal, en comparación con la atención estándar.

- La activación conductual enseña aptitudes para abordar conductas de conflicto interpersonal o evitación, que se emplean como mecanismo de afrontamiento y que contribuyen a generar síntomas depresivos. Se enseña a las personas habilidades para participar en actividades gratificantes y reducir la evitación de conflictos o situaciones difíciles, así como a incrementar su apoyo social (11, 74). Se ha observado que la activación conductual es tan efectiva como el uso de antidepresivos en adultos con síntomas de depresión (74).
- La terapia cognitivo-conductual basada en la atención plena es la menos estudiada de las intervenciones relacionadas con la TCC para la depresión perinatal (119). Implica el aprendizaje de habilidades a través de sesiones guiadas verbalmente para promover acciones como estar presente, no juzgar, aceptar las experiencias del momento presente y desarrollar conciencia acerca de respuestas físicas (como la respiración) para reducir la rumiación y los pensamientos negativos o autocríticos (119).

Momento

La terapia cognitivo-conductual puede aplicarse tanto durante la gestación como en el periodo posparto (71). Se demostró una disminución significativa de los síntomas de la depresión en comparación con los de los grupos control, sin embargo, la TCC puede ser más efectiva cuando se inicia en el posparto que durante el embarazo (71).

La Gravedad de los Síntomas Depresivos

En un ensayo controlado aleatorizado se determinó que las embarazadas con un cribado de riesgo bajo a moderado para depresión que recibieron TCC experimentaron una reducción significativa en síntomas de depresión, según las mediciones obtenidas con la escala de depresión posparto de Edimburgo, en comparación con los controles que recibieron atención estándar (118). La mejoría más notable, en cuanto a las puntuaciones para síntomas de depresión, fue observada en aquellas personas que pudieron continuar utilizando conocimientos de la TCC tras finalizar el periodo de intervención (118). De forma similar, una revisión narrativa halló que la TCC es una intervención efectiva para la depresión posparto de leve a moderada, pero no pudo confirmar este efecto en personas con síntomas graves (116). Además, la terapia cognitivo-conductual puede no ser efectiva en gestantes con factores de riesgo identificados de depresión que aún no han desarrollado síntomas (p.ej., las que tienen una puntuación total en la escala de Edimburgo menor a la puntuación de corte definida de 10, sugiriendo un riesgo bajo de depresión) (120).

TCC Individual frente a Grupal

La terapia cognitivo-conductual puede desarrollarse de forma individual o en grupo. Las personas pueden experimentar dificultades para hablar en grupo, ya que este formato requiere que los participantes compartan abiertamente sus experiencias de depresión y apliquen técnicas de terapia cognitivo-conductual (121). La reticencia a participar en CTT grupales también puede verse influida por la estigmatización, aunque este aspecto requiere mayor investigación (116). La terapia cognitivo-conductual en grupo requiere menos recursos y ofrece a los participantes la oportunidad de conocer a otras personas y construir su red social. No obstante, la decisión de recibir terapia cognitivo-conductual de manera individual o en grupo debe ser sopesada cuidadosamente por cada persona para determinar la mejor opción (121).

Programas de TCC asistidos por Terapeutas a través de Internet

Los programas de TCC telemáticos reportaron una reducción significativa de los síntomas de depresión cuando la psicoterapia fue reforzada con apoyo individualizado a través de contacto semanal por correo electrónico o por teléfono (122).

Costes

La terapia cognitivo-conductual exige tiempo y compromiso, y puede asociarse a gastos económicos por transporte o cuidado de niños (121). A menudo, la terapia cognitivo-conductual incluye de ocho a doce sesiones consecutivas, y completarlas puede suponer un reto cuando coinciden con las exigencias del cuidado de un bebé u otro niño o de otras responsabilidades. Las tasas de asistencia insuficiente (es decir, la no asistencia regular y consecutiva a las sesiones de terapia cognitivo-conductual) pueden influir negativamente en los beneficios de dicha terapia.

Limitaciones de los Estudios

A pesar de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la depresión perinatal, existen limitaciones importantes que deben tenerse en cuenta. En gran parte de la evidencia los componentes específicos de la terapia cognitivo-conductual (TCC) variaban, ya que sólo algunos estudios utilizaban un enfoque estructurado y coherente que detallaba en un manual el contenido de cada sesión, los ejercicios para los participantes y los objetivos (121, 123). Esto crea potenciales factores de confusión cuando se intenta determinar cuáles de los componentes de la TCC son los más efectivos (121, 123). No está claro si la terapia cognitivo-conductual, particularmente en formato grupal, es adecuada para todas las personas, o si podría constituir un enfoque más adecuado en determinadas fases de la recuperación de la depresión (121, 123).

Psicoterapia Interpersonal

La psicoterapia interpersonal es un tipo de psicoterapia a corto plazo que se centra en preocupaciones actuales, como el funcionamiento a nivel social, conflictos, transiciones de roles, duelo y carencias interpersonales (11). Se ha observado que la terapia interpersonal es una intervención efectiva para la depresión, tanto en población perinatal como no perinatal, ya que examina cómo influye en la salud mental de la persona su comunicación e interacción con los demás (11, 81). Ha resultado ser un tipo efectivo de psicoterapia tanto en formato individual como grupal, en persona y vía telefónica, para tratar los síntomas de la depresión perinatal utilizando enfoques prácticos y abordando retos personales relacionados con la transición a la paternidad/maternidad.

Beneficios y Daños

Los beneficios demostrados de la terapia interpersonal para el tratamiento de los síntomas de depresión posparto incluyen:

- Es un tratamiento efectivo de primera línea para la depresión posparto. Se han demostrado mejoras significativas para reducir la gravedad de los síntomas, mejorar la recuperación y el ajuste psicosocial, en comparación con las puntuaciones de depresión previas al tratamiento o con los controles (81).
- Pueden ofrecerla distintos profesionales sanitarios con formación específica, como enfermeras, psiquiatras, psicólogos y médicos de familia (81).
- Ofrece resultados que se pueden generalizar de unas poblaciones a otras, ya que muchos estudios rigurosos utilizan manuales de tratamiento que describen y detallan los objetivos y el contenido de las sesiones, lo que permite comparar intervenciones de estudio similares (123).

Valores y Preferencias

Aunque el apoyo social en un entorno grupal puede ser valioso para la persona con síntomas de depresión posparto, algunas personas prefieren privacidad, atención individual y confidencialidad (70). La terapia en grupo puede presentar dificultades logísticas, ya que los horarios de las reuniones pueden no ajustarse al horario de la persona; en este caso, pueden ser preferibles las sesiones individuales.

La evidencia indica una preferencia por las psicoterapias frente a la medicación, dada la preocupación asociada a los riesgos que pueda suponer durante la gestación o la lactancia (11).

Notas Prácticas

Un ejemplo del contenido de un programa breve de terapia cognitivo-conductual de seis sesiones para embarazadas impartidas por un trabajador social y un par incluía lo siguiente (118):

NÚMERO DE SESIÓN	CONCEPTOS TRATADOS
Uno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introducción ■ Síntomas de depresión ■ Definición de objetivos ■ Relación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos
Dos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reducción del estrés, afrontamiento y técnicas de relajación ■ Autocontrol del pensamiento distorsionado y negativo ■ Aumento de diálogo y afirmaciones positivas consigo misma
Tres	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mejora de las destrezas comunicativas en la red social de la persona ■ Evaluación de relaciones ■ Violencia en la pareja y planificación de la seguridad
Cuatro	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mejora de una comunicación abierta en las relaciones de la persona ■ Factores de riesgo de depresión prenatal y qué puede ayudar a mitigar dichos riesgos ■ Signos y síntomas de depresión posparto
Cinco	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aflicción, pérdida y espiritualidad ■ Práctica de técnicas para detener el pensamiento negativo y aumentar el pensamiento motivacional positivo y la afirmación
Seis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Signos y síntomas de depresión posparto ■ Evaluación de las seis sesiones ■ Definición de objetivos para gestionar la transición a la paternidad/maternidad

RECOMENDACIONES

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
FORMACIÓN PARA ENFERMERAS Y EQUIPO INTERPROFESIONAL SOBRE TCC	
<p>Centre for Addiction and Mental Health. Cognitive behaviour therapy certification program for nurses and other health-care providers [Internet]. Centre for Addiction and Mental Health; c2018. Available from: https://www.camh.ca/en/education/continuing-education/continuing-education-programs-and-courses/cognitive-behavioural-therapy-cbt-certificate-program</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sitio web en el que se describen los requisitos del curso para conseguir la certificación en terapia cognitivo-conductual (TCC) para enfermeras y otros profesionales sanitarios.
<p>Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Mensah G, Singh T. Evidence brief: Exploring interventions to address perinatal mental health in a public health context. Toronto, ON: Queen’s Printer for Ontario; 2016. Available from: https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Evidence_Brief_Perinatal_Mental_Health_2017.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resumen de evidencia sobre intervenciones para abordar la salud mental perinatal en un contexto de salud pública. ■ Se halló que las intervenciones psicosociales y psicológicas eran efectivas para abordar síntomas de depresión perinatal.
<p>The BC Reproductive Mental Health Program. Coping with depression in pregnancy and following the birth: A cognitive-behaviour therapy-based self-management guide for women [Internet]. Vancouver (BC): BC Mental Health & Addiction Services; 2011. Available from: https://www.beststart.org/events/2014/bsannualconf14/webcov/Presentations_ForParticipants/New/C3_PPD-BestStart%20February%202014.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual de autoayuda para aprender habilidades usando principios basados en la TCC para prevenir o manejar síntomas de depresión perinatal. ■ Este recurso también incluye información para profesionales de la salud.
<p>World Health Organization. Thinking healthy: A manual for psychosocial management of perinatal depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva (CH): World Health Organization; 2015. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/thinking_healthy/en/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso para profesionales de salud comunitaria en entornos de atención primaria que no tienen conocimientos ni experiencia previos en atención a la salud mental. ■ El manual recoge enfoques basados en la evidencia en los que se emplean técnicas de TCC e intervenciones psicológicas de baja intensidad. ■ Este manual trata de la depresión perinatal con módulos sobre la salud mental de la persona, su relación con el bebé y su relación con las personas a su alrededor durante el embarazo y hasta 8-10 meses postparto.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
FORMACIÓN PARA ENFERMERAS Y EQUIPO INTERPROFESIONAL SOBRE TCC	
<p>Posmontier B, Neugebauer R, Stuart S, et al. Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression. <i>J Midwifery Womens Health</i>. 2016;61(4):456-466. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jmwh.12411</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio en el que participaron matronas de EE. UU. que ofrecían terapia interpersonal vía telefónica a personas con depresión en el periodo posparto. ■ Los resultados indican una reducción significativa en las puntuaciones de depresión a las ocho y doce semanas, en comparación con el grupo control. ■ Se observó que la terapia interpersonal vía telefónica proporcionada por matronas constituía un método efectivo y aceptable de reducir la gravedad de los síntomas depresivos.
<p>World Health Organization and Columbia University. Group interpersonal therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva (CH): World Health Organization; 2016. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf;jsessionid=72F542A8C0F2457C767034C4ED6220E8?sequence=1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manual sobre terapia interpersonal grupal para la depresión. El manual no incluye recomendaciones concretas para la depresión perinatal. ■ Puede ser empleado por mediadores, como enfermeras supervisadas o trabajadores de atención psicosocial que no tengan formación específica previa en salud mental, como herramienta de apoyo para ampliar los servicios de salud mental en los centros sanitarios.
<p>Dennis CL, Ravitz P, Zupancic J, et al. Telephone-based interpersonal psychotherapy by trained non-specialist nurses for the treatment of postpartum depression: A nation-wide randomised controlled trial [unpublished manuscript]. Toronto: University of Toronto; 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ensayo controlado aleatorizado en el que se analiza la terapia interpersonal vía telefónica, a cargo de enfermeras no especializadas en el tratamiento de la depresión posparto. ■ Las participantes tenían un origen social y étnico diverso y vivían en zonas rurales y remotas. ■ La intervención consistió en 12 sesiones semanales de atención estándar. ■ Los resultados indicaron que las participantes del grupo de terapia interpersonal tenían 4,5 veces menos posibilidades de sufrir depresión a las 12 semanas tras la intervención, en comparación con los controles. Es efectiva para la depresión posparto.

RECURSO	DESCRIPCIÓN
FORMACIÓN PARA ENFERMERAS Y EQUIPO INTERPROFESIONAL SOBRE TCC	
<p>College of Nurses of Ontario. Psychotherapy and the controlled act component of psychotherapy [Internet]. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2018. Available from: http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/answers-to-your-questions-about-psychotherapy/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El organismo regulador provincial de Ontario declaró la psicoterapia como acto controlado el 30 de diciembre de 2017. ■ La ley sobre profesiones sanitarias reguladas (<i>Regulated Health Professions Act, RHPA</i>) de 1991 define el acto controlado como "tratar, por medio de técnicas de psicoterapia aplicadas mediante relación terapéutica, un trastorno grave del pensamiento, la cognición, el estado de ánimo, la regulación emocional, la percepción o la memoria del individuo, que puede perjudicar gravemente su juicio, percepción, comportamiento, comunicación o funcionamiento social." ■ El acto controlado de la psicoterapia incluye los siguientes componentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se trata a un paciente. 2. Se aplica una técnica de psicoterapia. 3. Se tiene una relación terapéutica con el paciente. 4. El paciente tiene un trastorno grave del pensamiento, la cognición, el estado de ánimo, la regulación emocional, la percepción o la memoria. 5. Este trastorno puede perjudicar gravemente el juicio, la percepción, el comportamiento, la comunicación o el funcionamiento social del paciente.

RECOMENDACIÓN 2.8:

Apoyar la toma de decisiones informadas y abogar por el acceso a intervenciones farmacológicas para la depresión perinatal, según proceda.

Nivel de Evidencia: Ia, Ib

Calidad de la Evidencia: Alta = 2; Guías: Alta = 1; Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de evidencia

Apoyo de Enfermeras a Personas que se Plantean Intervenciones Farmacológicas

Como parte del equipo interprofesional que ofrece servicios de salud mental para la depresión perinatal, las enfermeras deben ser capaces de apoyar a las personas durante el embarazo y el posparto en la toma de decisiones informadas sobre intervenciones farmacológicas (124). Es por ello que la decisión, en cuanto al uso, continuación o suspensión de medicamentos para la depresión perinatal, debe ser considerada de forma individual por la persona y el profesional sanitario que prescribe la medicación. Se deben ponderar todos los posibles riesgos y beneficios relacionados con la historia de la persona, los recursos de los que dispone y sus preferencias (40, 56, 124).

Consideraciones Farmacológicas Clave en Enfermería para la Depresión Perinatal

En colaboración con el equipo interprofesional, las enfermeras deben saber cómo usar los enfoques farmacológicos para la depresión perinatal:

- Los enfoques farmacológicos se dirigen, por lo general, a personas con depresión de moderada a grave o a personas cuya depresión no ha respondido a otros enfoques psicológicos o no farmacológicos.
- Los episodios de depresión pueden variar y podrían tener una remisión espontánea, pero pueden dejar a la persona en riesgo de recaer.
- Según la persona y la etapa del periodo perinatal en la que se encuentra, varía la preocupación en cuanto a la seguridad de la presencia o ausencia de tratamiento farmacológico.
- Las discusiones relativas a los enfoques farmacológicos pueden diferir dependiendo de si la persona está embarazada o dando pecho.
- Cada persona debe ser consciente de los posibles efectos secundarios de los medicamentos, sus interacciones con otros fármacos y el tiempo que tardan en hacer efecto. Hasta que el medicamento empieza a hacer efecto, se recomienda apoyo adicional.
- Se deben elegir los medicamentos con el menor riesgo conocido.
- Puede ser necesario ajustar las dosis de medicación para la depresión perinatal, por la farmacocinética y la farmacodinamia del embarazo y la lactancia.
- La suspensión de medicación puede aumentar el riesgo de que empeoren los síntomas y haya una recaída de la enfermedad.
- Los conocimientos acerca de los efectos sobre el neurodesarrollo pediátrico a largo plazo son muy limitados, por lo que es necesaria más evidencia en esta área.
- La presencia o ausencia de tratamientos farmacológico frente a no farmacológico para la depresión perinatal puede influir en las interacciones y el vínculo afectivo entre una persona y su bebé (40, 56).

Variables Individualizadas Relativas a la Farmacología

Las intervenciones farmacológicas para la depresión perinatal se ven influidas por las necesidades singulares de cada persona. Estas variables pueden incluir:

- La gravedad de la enfermedad.
- El momento del embarazo.
- La inclusión o exclusión de la lactancia.
- Preferencias personales.
- Otras prescripciones y efectos secundarios.
- Historia de consumo de sustancias.
- Uso previo y respuesta frente a medicamentos antidepresivos y otros fármacos empleados para tratamientos de la depresión.
- Cualquier historia previa o actual de depresión (125).

Evidencia en Evolución sobre Enfoques Farmacológicos

La evidencia sobre enfoques farmacológicos no respalda las recomendaciones generales para todas las personas. En cambio, la evidencia ofrece los siguientes principios de orientación:

- Se necesita comprender mejor los riesgos y los beneficios para poder fundamentar mejor los enfoques farmacológicos.
- Existen riesgos obstétricos y fetales asociados a cualquier exposición farmacológica, si bien estos riesgos pueden producir menos complicaciones que la ausencia de medicación.
- Hay más evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones psicosociales y psicológicas para la depresión perinatal.
- No hay ninguna opción que ofrezca riesgo cero.
- Las decisiones deben tomarse de forma individualizada en función de cada caso.
- El retraso o la ausencia de tratamiento puede asociarse a consecuencias perjudiciales para la persona, el bebé, la pareja, la familia y los seres queridos (cuando proceda) (40, 56).

La literatura sobre farmacología para la depresión perinatal sigue creciendo. Las enfermeras y el equipo interprofesional deben mantener conocimientos actualizados y ser conscientes de las complejidades que rodean a las intervenciones farmacológicas para la depresión perinatal, de modo que puedan respaldar una toma de decisiones informada. Es preciso tener en cuenta de forma cuidadosa las consideraciones necesarias para cada persona, examinando todas las posibles opciones, servicios, medidas de apoyo y preferencias.

Beneficios y Daños

Las personas pueden ser reacias al tratamiento farmacológico durante el embarazo o la lactancia, debido al miedo, el estigma o la falta de conocimiento (126). En consecuencia, es preciso escucharlas y abordar sus inquietudes. Por el contrario, una decisión rápida de tratar con intervenciones farmacológicas sin escuchar las necesidades de la persona ni responder a sus temores puede influir negativamente o erosionar la relación terapéutica (126).

Valores y Preferencias

Los resultados de un ensayo aleatorizado multicéntrico mostraron una preferencia por las intervenciones psicosociales (es decir, visitas de escucha activa) frente al uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión posparto (125). La justificación de esta preferencia por las intervenciones psicosociales incluía la preocupación por la exposición a fármacos antidepresivos durante la lactancia, el estigma y la posibilidad de dependencia de la medicación y los efectos secundarios. No obstante, se observó aceptación de la farmacoterapia como enfoque de tratamiento para la depresión posparto en caso de necesidad.

Notas Prácticas

La toma de decisiones sobre el uso de medicación para la depresión durante el embarazo es una tarea compleja. La evidencia sugiere que ofrecer información y aplicar un proceso de toma de decisiones en colaboración fueron los dos factores más importantes para las gestantes con síntomas de depresión que estaban considerando seguir un tratamiento antidepresivo (124, 126). Aunque la función principal de la mayoría de las enfermeras no es prescribir fármacos para la depresión perinatal, estas deben disponer de los conocimientos, destrezas y criterios necesarios, para fundamentar la toma de decisiones informadas y el acceso a intervenciones farmacológicas, incluyendo la capacitación de realizar de manera efectiva lo siguiente:

- Usar un enfoque asistencial colaborativo mediante consultas con el equipo interprofesional.
- Evaluar con atención el conocimiento de la persona sobre las indicaciones para el tratamiento farmacológico y abordar cualquier pregunta o inquietud dentro de su ámbito de práctica. Tener un conocimiento actualizado de los servicios y medidas de apoyo existentes en materia de salud mental y sus potenciales riesgos y beneficios asociados.
- Ayudar a obtener información actualizada de fuentes basadas en la evidencia sobre la eficacia, la seguridad y los riesgos de cada tratamiento farmacológico.
- Promover un plan de cuidados personalizado y por escrito como estándar, que aborde todo el espectro de opciones de cuidado.
- Asegurarse de que todos los miembros del equipo interprofesional se mantienen al corriente del plan de cuidados a lo largo de todo el periodo perinatal.
- Establecer y mantener un seguimiento para evaluar la respuesta inicial, los potenciales efectos secundarios y los resultados en colaboración con el equipo interprofesional.
- Además de los enfoques farmacológicos, promover opciones de estilo de vida saludable, como reducir el estrés, ocuparse de la nutrición, el sueño, el ejercicio y reducir al mínimo cualquier exposición al tabaco o al alcohol (40, 56, 62, 126 - 127). La **Recomendación 2.3** incluye información adicional sobre estrategias de autocuidado.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>MacQueen G, Frey B, Ismail Z et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 6. Special populations: Youth, women, and the elderly. <i>Can J Psychiatry</i>. 2016;61(9):588-603. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0706743716659276#articleCitationDownloadContainer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guías canadienses revisadas sobre el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, incluyendo la depresión perinatal. ■ Las recomendaciones de la guía para la depresión prenatal incluyen psicoterapia profesional (es decir, terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal de forma individual o en grupo) como tratamiento de primera línea. Los tratamientos de segunda línea incluyen enfoques farmacológicos, excepto en situaciones en las que haya depresión grave, en cuyo caso los tratamientos de segunda línea se consideran como de primera línea a pesar de la falta de investigación para esta población. ■ Se indica adoptar un enfoque similar en la depresión posparto con medicamentos adicionales sugeridos como tratamiento de segunda línea. ■ También se incluyen recomendaciones para el tratamiento de la depresión durante la lactancia.
<p>National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. [place unknown]: National Institute for Health and Care Excellence; 2018 (updated Dec 2014). Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg192</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía del Reino Unido que examina las consideraciones clínicas de las personas que utilizan medicamentos para el tratamiento de la depresión antes de la concepción, durante el embarazo y en el posparto. ■ La guía recomienda discutir las opciones de tratamiento que incluyen los beneficios de la medicación, las consecuencias de no aplicar tratamiento, los daños asociados con el tratamiento y lo que podría suceder si se cambia o se interrumpe la medicación.

RECOMENDACIÓN 2.9:

Facilitar la toma de decisiones informada respecto al uso de terapias médicas complementarias y alternativas para la depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ia

Calidad de la Evidencia: Alta = 1; Baja = 5

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El panel de expertos respalda la recomendación de que las enfermeras y el equipo interprofesional (incluidos, pero no limitados a médicos, matronas, terapeutas de masaje, quiroprácticos y fisioterapeutas) ofrezcan orientación sobre el uso de terapias complementarias y alternativas a personas en riesgo de padecer o que sufren síntomas de depresión perinatal. En reconocimiento de este interés, está indicado ofrecer educación sobre el conjunto de evidencia colectiva sobre terapias médicas complementarias y alternativas para la depresión perinatal. Para favorecer la toma de decisiones informada, las personas deben ser conscientes de que la limitada evidencia disponible es en su mayoría de baja calidad y con resultados no concluyentes (79, 88, 94, 96, 101). Es preciso contar con más estudios para determinar la eficacia, los riesgos y los beneficios de las terapias complementarias y alternativas para la depresión perinatal.

Terapia de Masaje

Hay conclusiones inconsistentes sobre el masaje como terapia complementaria y alternativa para la depresión perinatal (79, 88, 101). Se halló una disminución significativa de los síntomas depresivos en un ensayo controlado aleatorizado cuando el masaje fue realizado por la pareja de la persona (88). Los resultados de otro estudio revelaron que las personas gestantes que recibieron masajes dos veces a la semana vieron reducirse significativamente las puntuaciones medias de depresión en comparación con los controles que recibieron atención prenatal estándar (101). De forma similar, una revisión halló una reducción significativa de los síntomas depresivos entre progenitores adolescentes que recibieron masajes dos veces a la semana (79). No obstante, otros estudios no han hallado diferencias significativas en cuanto a síntomas de depresión, incluyendo cuando se comparó la terapia de masaje con la acupuntura (88).

Fototerapia con Luz Brillante

En la población adulta general, la fototerapia con luz brillante ha mostrado ser en general efectiva para tratar la depresión, en especial para el trastorno afectivo estacional (96). No se ha determinado su mecanismo de acción exacto; se ha sugerido que el tratamiento con luz brillante favorece la corrección de los ritmos circadianos o la regulación de melatonina (96).

En el caso de embarazadas y púerperas, se cree que la terapia de luz brillante ayuda a compensar la limitada cantidad de luz que las personas pueden experimentar debido a los patrones de sueño desordenados y a la siesta durante el día, las comorbilidades y los desequilibrios hormonales (96). Sin embargo, los resultados del estudio no son concluyentes en cuanto a la eficacia del tratamiento con luz brillante para la depresión perinatal (88, 122). Una revisión sistemática encontró, entre los tres estudios sobre fototerapia con luz brillante, que uno de ellos demostró una diferencia significativa después del tratamiento, así como una remisión después de cinco semanas de tratamiento (122). Los otros dos ensayos, sin embargo, no demostraron diferencias entre el grupo de tratamiento y el control.

Las enfermeras y el equipo interprofesional deben educar a las personas embarazadas y en el posparto sobre los potenciales beneficios, las dificultades logísticas y los efectos adversos asociados a la fototerapia con luz brillante como terapia complementaria/alternativa para la depresión perinatal. Así las propias personas podrán determinar si este enfoque es apropiado para ellas.

Acupuntura

Como tratamiento, se estima que la acupuntura tradicional china favorece la corrección de los desequilibrios de energía en el cuerpo producidos por la enfermedad y el trauma (93). Dado que solo disponemos de unos pocos estudios sobre acupuntura y depresión perinatal publicados en lenguas no asiáticas, las conclusiones son limitadas e inconsistentes (88, 94, 122). No se halló que la acupuntura reduzca significativamente los síntomas depresivos en comparación con la terapia de masaje o la acupuntura simulada (88, 94, 122). Es necesario realizar más estudios en esta área que demuestren la eficacia para apoyar la acupuntura como una terapia efectiva de medicina complementaria y alternativa para la depresión perinatal.

Beneficios y Daños

La fototerapia con luz brillante como tratamiento no farmacológico aporta beneficios, como su accesibilidad, su coste-efectividad y la privacidad que ofrece, así como la posibilidad de adquirir el equipo necesario sin necesidad de receta médica (88, 96). A pesar de estos beneficios, este tipo de terapia presenta algunas dificultades logísticas, ya que típicamente requiere de 30 a 60 minutos de exposición diaria durante un periodo de hasta seis semanas (96). Este compromiso de tiempo puede suponer ciertas dificultades para algunos progenitores recientes que ya están ocupados con el cuidado del recién nacido. También puede haber algunos efectos adversos (como dolor de cabeza, cansancio ocular, náuseas, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y agitación) que pueden influir en la adherencia, la experiencia general y la efectividad (88, 96).

Generalmente, la acupuntura se suele considerar con precaución para personas gestantes por el riesgo potencial de estimulación de puntos de acupuntura que pueden provocar contracciones uterinas (94).

Valores y Preferencias

Como enfoque de tratamiento complementario, las terapias de medicina complementaria y alternativa, incluidos los masajes, la terapia de luz brillante y la acupuntura, pueden ser de interés para las personas con síntomas de depresión perinatal, ya que se perciben como "naturales" y seguras (88). Las enfermeras y el equipo interprofesional tienen que reconocer esta preferencia y dar apoyo y facilitar la toma de decisiones informada sobre el uso de terapias complementarias y alternativas.

Notas Prácticas

Los datos de la encuesta nacional de Estados Unidos sobre el uso de terapias de medicina complementaria y alternativa durante el embarazo y el parto indicaron lo siguiente:

- En comparación con personas no gestantes, el uso de terapias de medicina complementaria y alternativa era similar en la etapa prenatal, pero inferior en el periodo posparto. Se percibía que emplear terapias de medicina complementaria y alternativa durante el embarazo era más ventajoso que los enfoques farmacológicos.
- El uso de las terapias de medicina complementaria y alternativa estaba más extendido entre personas de raza blanca, con mayores ingresos y nivel educativo, y se registraron síntomas autoinformados de depresión, ansiedad y de alteraciones del sueño.
- Las prácticas de mente-cuerpo (esto es, meditación, yoga, grupos de apoyo) fueron las terapias de medicina complementaria y alternativa más frecuentes durante el embarazo y el parto, en comparación con la manipulación (quiropática o cuidados de osteopatía, masajes) y las prácticas basadas en el cuerpo y las terapias de base biológica (p.ej., complementos dietéticos) (128).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Deligiannidis KM, Freeman MP. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. <i>Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.</i> 2014;28(1):85-95. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992885/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Artículo de revisión que examina la evidencia sobre las terapias de medicina complementaria y alternativa para la depresión perinatal. ■ Se deben discutir los beneficios y los riesgos de las terapias de medicina complementaria y alternativa además de otros tratamientos no alternativos. ■ Se debe revisar regularmente la respuesta a las terapias de medicina complementaria y alternativa utilizando para ello una herramienta validada, de modo que si se determina que dicha terapia no está siendo eficaz se pueda plantear el uso de otro tratamiento de medicina complementaria o no complementaria.
<p>Nguyen J. A literature review of alternative therapies for postpartum depression. <i>Nurs Womens Health.</i> 2017;21(5):348-359. Available from: https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(17)30217-9/fulltext</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión de la literatura que se ocupa del uso de terapias de medicina complementaria y alternativa para la depresión posparto. ■ Se revisan varias intervenciones de medicina complementaria y alternativa, como yoga, escritura expresiva, spray nasal de oxitocina, fototerapia con luz brillante e infusión de lavanda. ■ Siete ensayos controlados aleatorizados sobre terapias de medicina complementaria y alternativa mostraron resultados no concluyentes. Sin embargo, los estudios tenían muchas limitaciones, incluyendo tamaño muestral pequeño y diversidad en los criterios de inclusión (instrumentos de medida de la depresión y puntuaciones de corte, poblaciones de estudio y gravedad de los síntomas).

RECOMENDACIÓN 2.10:

Evaluar y revisar un plan de cuidados para la depresión perinatal en colaboración con la persona, hasta alcanzar los objetivos propuestos. Incluir a la pareja, la familia y sus redes de apoyo, cuando proceda.

Nivel de Evidencia: V

Calidad de la Evidencia: Panel de expertos con Guías: Alta = 1; Moderada = 1

Discusión y Resumen del Panel de Expertos y las Guías de Apoyo

El panel de expertos de RNAO y las guías clínicas sobre depresión perinatal recomiendan evaluar el plan de cuidados, los objetivos y la respuesta de la persona a los servicios y los apoyos en materia de salud mental y las medidas de autocuidado (56, 127). La evaluación puede servir para fundamentar los siguientes pasos y facilitar la continuidad de los cuidados y la colaboración de las enfermeras y el equipo interprofesional (56, 127). Cuando son identificados por la persona, también pueden incluirse en todo el proceso a su pareja, otros miembros de la familia o la red social (56, 127).

Beneficios y Daños

Es necesario realizar visitas de seguimiento con regularidad para valorar hasta qué punto la persona es capaz de seguir las recomendaciones de tratamiento y evaluar los resultados (es decir, mejora o empeoramiento de los síntomas) (127).

Valores y Preferencias

Para ser efectiva y fomentar un enfoque centrado en la persona, la evaluación de los cuidados y cualquier revisión del plan de cuidados debe realizarse en colaboración con la persona y con la contribución de las enfermeras y el equipo interprofesional (56, 127).

Notas Prácticas

La evaluación promueve una valoración integral (en función de lo determinado e indicado por las necesidades y los objetivos de la persona) para definir la respuesta, el progreso y el seguimiento necesario. A través de la evaluación, se pueden revisar y ponderar los siguientes componentes del cuidado (según proceda):

- La experiencia de la persona con los servicios de atención y apoyo frente a la depresión perinatal, y cualquier inquietud o pregunta que pueda tener.
- El nivel de conformidad e idoneidad de todos los tratamientos, servicios y apoyos, así como determinar si están indicados otros recursos.
- La respuesta de la persona al tratamiento, los servicios y las medidas de apoyo, y si sus síntomas depresivos mejoran o empeoran (según lo determinado por su autovaloración y/o por un instrumento de cribado o valoración, como la escala de depresión posparto de Edimburgo).
- El nivel de contacto con enfermeras y miembros del equipo interprofesional (esto es, la frecuencia de las visitas) y si este es suficiente o no lo es.
- La presencia de indicios de que se deben iniciar o interrumpir otros servicios o apoyos en materia de salud mental.
- Cualquier inquietud sobre riesgo de autolesión, suicidio o daño al bebé o a otros niños.
- Necesidad de apoyo y evaluación continuos hasta alcanzar los objetivos de la persona (56, 127).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>McCall-Hosenfeld JS, Phiri K, Schaefer E, Zhu J, Kjerulff K. Trajectories of depression symptoms throughout the peri- and postpartum period: Results from the First Baby Study. <i>J Womens Health</i>. 2016;25(11):1112-1121. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116682/</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un estudio de cohortes de más de 3000 gestantes que fueron examinadas para síntomas de depresión durante el embarazo y hasta 12 meses después del parto, usando la escala EPDS. ■ Los factores asociados a la mayor probabilidad de depresión posparto continuada a los 12 meses incluían entre otros: historia de depresión o ansiedad, apoyo social inadecuado y estado civil sin compromiso. ■ La mayoría de los síntomas de depresión de las participantes se estabilizaron con el tiempo o disminuyeron al cabo de un año tras el parto. ■ Un pequeño número de participantes desarrolló síntomas de depresión posparto a los seis meses y tuvo un empeoramiento de los síntomas al año después del parto. ■ Los investigadores concluyeron que está indicado cribar y valorar de forma continua los síntomas de depresión en diversos momentos a lo largo del primer año posparto.
<p>Giallo R, Pilkington P, McDonald E, Gartland D, Woolhouse H, Brown S. Physical, sexual and social health factors associated with the trajectories of maternal depression symptoms from pregnancy to 4 years postpartum. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i>. 2017;52(7):815-828. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28451700</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio de cohortes de embarazadas australianas en su primer embarazo, que fueron examinadas repetidamente para detectar síntomas de depresión desde el embarazo hasta cuatro años después del parto. ■ Se encontró que los factores físicos, sexuales, emocionales y sociales estaban asociados con el curso de los síntomas de la depresión. ■ Los investigadores llegaron a la conclusión de que los profesionales sanitarios deben incluir una valoración de la salud física, social y sexual en el embarazo y en el puerperio, ya que estos factores contribuyen al curso de la depresión posparto.

Recomendaciones para la Formación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N° 3:

¿Qué educación y formación son necesarias en materia de depresión perinatal para garantizar que enfermeras y miembros del equipo interprofesional realizan valoraciones e intervenciones efectivas?

RECOMENDACIÓN 3.1:

Desarrollar programas educativos sobre atención a la depresión perinatal que incorporen teoría y práctica clínica en los planes de estudios universitarios de enfermería y de otras profesiones sanitarias afines.

Nivel de Evidencia: IV

Calidad de la Evidencia: Moderada = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

La evidencia respalda integrar teoría y práctica clínica para el cuidado de la depresión perinatal en los planes de estudios universitarios de enfermería y en los programas de otras profesiones afines (129 - 130). De acuerdo con su formación, los estudiantes de enfermería desarrollan en un nivel inicial conocimientos especializados, así como la capacidad de aplicar esos conocimientos en áreas como la psicopatología, pudiendo incluir la depresión perinatal (131). Para lograrlo, se debe incluir en el plan de estudios una revisión de los conceptos teóricos y las oportunidades de práctica clínica que integren el rol de las enfermeras y el equipo interprofesional (130). Así se garantizará que las enfermeras y otros profesionales afines tienen al menos un nivel básico de conocimiento sobre las complejidades de la depresión perinatal como enfermedad mental.

Beneficios y Daños

La evaluación de las intervenciones educativas se limitó a los puntos de vista de los estudiantes. No hubo estudios que examinaran los efectos de la educación en los destinatarios de los cuidados. Por tanto, es preciso realizar más estudios para determinar los beneficios o daños en este ámbito.

Valores y Preferencias

Los datos de la evaluación de una intervención educativa destinada a mejorar los conocimientos de las matronas y de los estudiantes de enfermería obstétrica sobre la depresión prenatal y posparto indicaron que la mayoría de los participantes preferían la intervención como medio para mejorar sus conocimientos sobre depresión perinatal y atención emocional de las personas embarazadas y púerperas (129).

Notas Prácticas

Para adquirir un conocimiento inicial de la depresión perinatal, se debe incluir una descripción de los siguientes temas en los planes de estudios de enfermería y de otras profesiones afines:

- El curso de la depresión perinatal como enfermedad mental (132).
- Actitudes culturales y sociales ante la depresión perinatal (133).

- Reconocimiento de las complicaciones potenciales de la depresión perinatal durante el embarazo y el posparto (130).
- Cribado válido y herramientas de valoración (53, 132).
- Enfoques de prevención (129).
- Servicios de salud mental y opciones de apoyo, incluyendo estrategias de autocuidado y psicológicas y apoyo psicosocial (132).
- Conocimiento de los recursos reconocidos basados en la evidencia, que investigan la seguridad, los beneficios y los riesgos de la farmacología relacionados con la exposición a medicamentos durante el embarazo y/o la lactancia (129).
- Suicidio relacionado con la depresión perinatal (133).
- Roles y responsabilidades del equipo interprofesional asignados en la planificación de los cuidados (es decir, derivación a un especialista en salud mental o un servicio de salud mental) (129 - 130).
- Desarrollo y uso de vías de derivación para la gestión de los cuidados, donde sea posible (129, 133).
- Conocimiento de los recursos locales para la depresión perinatal (129).
- Bienestar psicológico del profesional sanitario (133).

Para favorecer que se reconozcan los planes de cuidado adaptados e individualizados para la depresión perinatal, el plan de estudios también debe incorporar lo siguiente:

- Comprender cómo el contexto de una persona (creencias culturales, estatus de inmigrante o refugiado, estatus socioeconómico, ámbitos social y espiritual) influye en la percepción, la experiencia y las realidades de los síntomas y la enfermedad, así como las preferencias para los servicios y apoyo en salud mental (129 - 130).
- Incluir casos auténticos o testimonios que reflejen experiencias vividas de depresión perinatal (129 - 130).

Las estrategias de formación deben fomentar las **competencias**^G iniciales sobre los cuidados de la depresión perinatal, incluyendo destrezas comunicativas, cribado, valoración, prevención, intervenciones y evaluación. Para ello, las modalidades de enseñanza pueden utilizar juegos de roles, demostraciones, simulaciones, autorreflexión y revisión de casos o ilustraciones a través de actividades y debates dirigidos por un instructor. Cuando sea posible, se puede incorporar una presentación a cargo de un investigador en depresión perinatal como método de enseñanza (129 - 130, 132). Las oportunidades de prácticas clínicas supervisadas también favorecen el desarrollo de conocimientos y habilidades. Dispone de más información sobre la formación práctica de enfermería a través de la guía de buenas prácticas de RNAO (2016) *Practice Education in Nursing*, disponible en <http://rnao.ca/bpg/guidelines/practice-education-nursing>

Se deben utilizar diversos métodos educativos para favorecer la comprensión de la depresión perinatal, como métodos múltiples, mixtos o interactivos (por ejemplo, aprendizaje presencial, aprendizaje electrónico o eLearning o seminarios web) (129 - 130, 132). Los componentes de la atención a la depresión perinatal también se pueden integrar en otros cursos sanitarios centrados en la salud mental, el desarrollo infantil, las relaciones entre bebés y niños, el manejo de riesgos o procesos de la enfermedad (es decir, patofisiología) (129 - 130, 132).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Anonymous. Community home visit with postpartum patient for nursing students. Adaptation of California Simulation Alliance. Simulation Scenario Template [Internet]. [place unknown]: [publisher unknown]; 2014.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Guía de formación para educadores de estudiantes de enfermería para preparar visitas posparto comunitarias a domicilio. ■ Este recurso está pensado para usarse en un entorno de simulación; incluye la descripción general de un escenario, cómo integrarlo en el plan de estudios, el esquema del guion y apéndices.
<p>National League for Nursing. Jenny Brown simulation #3 [Internet]. Washington (DC): National League for Nursing; c2018. Available from: http://www.nln.org/professional-development-programs/teaching-resources/veterans-ace-v/unfolding-cases/jenny-brown</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso para formación que emplea una simulación de una paciente en el puerperio inmediato, con historia prenatal de depresión y ansiedad, que tiene un recién nacido con una anomalía congénita. ■ La simulación incluye el cribado del riesgo de depresión posparto.
<p>Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. J Midwifery Womens Health. 2011; 56(4):353-61. Available from: http://www.academia.edu/23395130/Australian_Midwives_Knowledge_of_Antenatal_and_Postpartum_Depression_A_National_Survey</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudio para determinar el nivel de conocimiento actual de matronas australianas (estudiantes incluidos) sobre la depresión perinatal, respecto a la guía nacional australiana sobre depresión posparto 'beyondblue'. ■ El estudio incluye 20 preguntas de opción múltiple con respuestas sobre depresión perinatal que se emplearon para evaluar los conocimientos.

RECOMENDACIÓN 3.2:

Participar en actividades de desarrollo profesional continuo para mejorar el conocimiento y las competencias en materia de salud mental y apoyo a la depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ia, IIb, IV

Calidad de la Evidencia: Alta = 1; Moderada = 3; Baja = 2

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Las enfermeras y el equipo interprofesional necesitan educación y formación continuadas para promover de forma efectiva el cribado, la valoración, la prevención, las intervenciones y la evaluación de la depresión perinatal (134). La formación de las enfermeras y los equipos interprofesionales mejora sus competencias en el cuidado de la depresión perinatal y contribuye a una mayor efectividad clínica, ya que desarrolla conocimientos y destrezas especializados en depresión perinatal (134 - 135).

Tras una intervención formativa, tanto enfermeras como miembros del equipo interprofesional demostraron competencias clínicas para atender la depresión perinatal, como:

- Mejor comprensión de la depresión perinatal y mayor confianza en el cribado, la valoración y las intervenciones (130).
- Mejores capacidades comunicativas, escucha activa y conocimientos basados en la evidencia (130).
- Mayores tasas de cribado, cribados positivos y derivaciones después de la intervención educativa (135).
- Mayor confianza para hablar sobre depresión posparto y estrategias de autocuidado (135).
- Mejor capacidad comunicativa y conocimiento de signos y síntomas (135 - 136).
- Mayor frecuencia, uso y registro de intervenciones basadas en la evidencia (como apoyo emocional y asesoramiento) (135).
- Indagar con mayor frecuencia sobre temas sensibles relacionados con la salud mental, realizando más valoraciones, cribado de síntomas depresivos con mayor facilidad, así como también una mayor capacidad para ofrecer una amplia gama de tratamientos (135).
- Mejora en la prestación de servicios de atención coordinada y de la adherencia a vías asistenciales definidas, cuando se dispone de ellas (135).
- Menor número de síntomas de depresión, según lo medido con la escala EPDS, a los seis y doce meses posparto. En un ensayo aleatorizado, los profesionales sanitarios británicos que realizaban el seguimiento del niño sano en el centro de salud, a domicilio o en los colegios (*health visitor*), recibieron formación en técnicas de valoración, identificación de síntomas de depresión y provisión de TCC o un enfoque centrado en la persona. Ambos enfoques demostraron ser beneficiosos para los participantes del estudio (137).

Componentes de un Programa Formativo Efectivo sobre Depresión Perinatal

Quién

Formación facilitada por profesionales o especialistas en salud mental perinatal reconocidos, dirigida a enfermeras y a equipos interprofesionales que trabajan juntos en diversos entornos de la atención sanitaria donde las gestantes pueden buscar cuidados de maternidad o de salud mental durante el periodo de embarazo, el parto o el posparto (135). Así se reducirá el aprendizaje fragmentado y se mejorarán los enfoques participativos para el cuidado de la depresión perinatal (135).

Qué

Los programas formativos deben incluir formación sobre buenas prácticas, como se refleja en guías clínicas, revisiones sistemáticas y otros materiales basados en la evidencia. Los temas pueden incluir síntomas de depresión perinatal, opciones de tratamiento, situaciones de crisis e impacto de la depresión perinatal en la persona y en el bebé (135).

Cuándo

Se debe ofrecer formación al personal como parte de la orientación inicial. Se debe repetir dicha formación al menos una vez al año para informar de novedades clínicas y favorecer la actualización del conocimiento (138).

Cómo/Modalidades de Enseñanza

Los programas deben ofrecer el uso de técnicas de aprendizaje mixtas que incluyan opciones de aprendizaje presencial (es decir, programas educativos, conferencias o seminarios) y de aprendizaje telemático (aprendizaje electrónico, cursos vía web, seminarios web) de forma interactiva y no directiva (135).

Beneficios y Daños

En un estudio en el que se examinó el conocimiento de los profesionales de salud materno infantil en atención primaria sobre la depresión perinatal, se detectó que la mayoría de los encuestados: 1) subestimaron el porcentaje de personas con depresión prenatal que posteriormente intentaron suicidarse; y 2) no eran conscientes de los factores de riesgo o de los tratamientos disponibles (129). La falta de conocimiento sobre el riesgo de suicidio asociado a los síntomas de depresión puede incrementar la probabilidad de omitir o demorar un tratamiento y puede afectar negativamente a los resultados en salud a largo plazo para la persona y su familia.

Valores y Preferencias

Una auditoría para determinar las necesidades de formación de las enfermeras para prestar servicios y apoyos en materia de salud mental, como la depresión y la ansiedad, reveló una preferencia por la formación presencial en aula para poder intercambiar información como parte del proceso de aprendizaje (132). Los resultados del estudio señalaron que el aprendizaje telemático también resultaba aceptable como parte del aprendizaje.

Notas Prácticas

Estos son algunos ejemplos de planes de estudio de desarrollo profesional en materia de depresión perinatal para enfermeras y miembros del equipo interprofesional:

- Papel del médico, historia clínica, opciones de tratamiento, cambios físicos/emocionales, autolesión/suicidio, políticas legales y profesionales, y relaciones terapéuticas (139).
- Identificación de síntomas de depresión mediante herramientas válidas de cribado y valoración (137).
- Intervenciones efectivas, como la escucha activa, la mejora del afrontamiento o los distintos componentes de la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (130).
- Estudio de casos en los que se describe el impacto de la depresión en la persona, su pareja y su familia (135).
- Evaluación de los conocimientos sobre depresión perinatal, usando modalidades como preguntas de opción múltiple (129).
- Concienciación y conocimiento de trastornos psicosociales de manera más amplia, incluyendo los determinantes sociales de la salud (p.ej., pobreza o precariedad laboral o de vivienda) y su impacto en los riesgos y resultados de la depresión perinatal (136). Se deben enseñar habilidades para la defensa de las personas con depresión perinatal que experimentan desigualdades sociales (20).
- Toma de conciencia sobre la depresión prenatal para fomentar la prevención, la detección temprana y la intervención (129).
- Actualizaciones sobre las modalidades de intervención, incluyendo la farmacología y sus repercusiones durante el embarazo y el parto (incluida la lactancia), así como enfoques no farmacológicos (129 - 130).
- Fundamentos de técnicas de asesoramiento (130).

Recursos de Apoyo

FORMACIÓN EN DEPRESIÓN PERINATAL PARA PROFESIONALES DE SALUD

Postpartum Support International [Internet]. Portland (OR): Postpartum Support International; [date unknown]. Available from: <http://www.postpartum.net/professionals/certification/>

- Sitio web con seminarios presentados de forma telemática y formación certificada, en temas como la salud mental perinatal.

The Marcé Society for Perinatal Mental Health [Internet]. Brentwood (TN): The International Marcé Society for Perinatal Mental Health; c2018. Available from: <https://marcesociety.com/>

- Sitio web con recursos que incluye presentaciones educativas y vínculos de acceso a recursos de investigación sobre salud mental perinatal.

Faculty of Medicine UBC CPD eLearning. Not just the blues: perinatal depression and anxiety [Internet]. Vancouver (BC): University of British Columbia; undated. Available from: <https://elearning.ubccpd.ca/enrol/index.php?id=101>

- Curso telemático de formación médica continua disponible de forma gratuita que ofrece una visión general de la depresión perinatal.
- Los temas tratados incluyen factores de riesgo frecuentes, cribado, enfoques de tratamiento y planificación del tratamiento.

Association of Women’s Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada. Second edition [Internet]. Washington (DC): Association of Women’s Health, Obstetric, and Neonatal Nurses; 2009. Available from: http://www.capwhn.ca/uploads/documents/Perinatal_Standards_Canada.pdf

- Estándares de práctica óptima durante el embarazo para enfermeras, basados en la investigación y la práctica clínica actuales.
- El interés del individuo es considerado primordial en la práctica.

FORMACIÓN EN DEPRESIÓN PERINATAL PARA PROFESIONALES DE SALUD

Centre of Perinatal Excellence. Basic skills in perinatal mental health [Internet]. Flemington (AU): Centre of Perinatal Excellence; date unknown. Available from: <http://training.cope.org.au/p/cope-basic-skills-in-perinatal-mental-health>

- Curso telemático australiano de acceso gratuito compuesto por tres módulos para profesionales sanitarios que incluye una revisión de los siguientes temas:
 - Una descripción general de los trastornos de salud mental.
 - Valoración y cribado psicosocial.
 - Derivación y tratamiento.

e-Learning for Healthcare. Perinatal mental health [Internet]. London (UK): NHS Health Education England; 2018. Available from: <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/perinatal-mental-health/>

- Serie de cuatro módulos de acceso telemático, del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS), para profesionales sanitarios de atención comunitaria (visitadores, un tipo de enfermera especializada en salud pública comunitaria), sobre depresión perinatal como trastorno de salud mental, consejos para reconocer la depresión perinatal e intervenciones específicas.
- En esta página web también se pueden consultar sesiones de salud mental perinatal de libre acceso.

RECOMENDACIÓN 3.3:

Reflexionar con regularidad sobre las propias actitudes y creencias con respecto a la depresión perinatal.

Nivel de Evidencia: Ia, IV

Calidad de la Evidencia: Moderada = 2; Baja = 1; Guías: Alta = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

Para las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional es importante reflexionar sobre sus actitudes y creencias personales en cuanto a la depresión perinatal, ya que las percepciones aprendidas con el tiempo pueden influir en cómo se contempla, cómo se responde y cómo se atiende a personas con síntomas de depresión perinatal lo que, a su vez, puede influir en los resultados de la calidad asistencial (130, 140). Mediante la **práctica reflexiva**^G, las enfermeras pueden ofrecer unos cuidados de mayor calidad a la diversidad de población a la que atienden (141). La reflexión y el reconocimiento de actitudes críticas frente a personas que podrían estar sufriendo depresión perinatal pueden ayudar a las enfermeras y al equipo interprofesional a garantizar un cuidado holístico, culturalmente sensible y centrado en la persona (47, 130).

Culturalmente, puede haber unas expectativas predominantes y una creencia intrínseca de que convertirse en padre o madre es gratificante y ameno, haciendo que la depresión perinatal parezca una contradicción de esta percepción. Como resultado, las personas que experimentan depresión perinatal pueden cuestionarse su propia dignidad y valía como persona y como progenitor. Las percepciones negativas de sí mismas pueden hacer que las personas embarazadas o en periodo de posparto duden en cuanto a buscar servicios y apoyos para sus síntomas de depresión perinatal (140). Es posible que las enfermeras y el equipo interprofesional compartan unas creencias y actitudes similares a las de la paciente, lo que puede contribuir negativamente a la prestación de cuidados y puede llevar a obtener peores resultados (130, 140). Los estudios demuestran que las enfermeras (especialmente aquellas que trabajan en servicios de maternidad y de salud mental) y otros miembros del equipo interprofesional, como médicos de cabecera, matronas, trabajadores sociales y trabajadores multiculturales, pueden albergar fuertes sentimientos hacia personas con depresión perinatal (130, 140). Estas actitudes o juicios pueden expresarse desde diversos puntos de vista:

- Afirmar que el cuidado de la depresión perinatal está fuera del alcance de la práctica de quienes no son especialistas en salud mental (130, 140).
- No reconocer hasta qué punto la desigualdad de género y los determinantes sociales de la salud pueden actuar como factores contribuyentes relevantes para la depresión perinatal (40).
- Mostrar falta de consideración o no integrar las creencias sociales, espirituales o culturales de una persona (o su contexto de vida) en la planificación de los cuidados (40, 56).
- Mostrarse reticente a derivar a un especialista en salud mental por temor a que la persona se vea expuesta a un estigma o un juicio por un diagnóstico potencial o real de enfermedad mental (130).
- Tener miedo a revelar un infanticidio o un suicidio, posible o efectivo (140).
- Tener miedo ante las implicaciones legales o éticas para las enfermeras que informen de síntomas de depresión perinatal a los servicios de protección a la infancia (140).
- Preocupación por si informar de depresión perinatal pueda repercutir negativamente en la relación terapéutica con la persona (140).

Existe una amplia gama de actitudes que las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional pueden tener cuando atienden a personas con depresión perinatal (130, 140). La educación y la formación pueden ayudar a desafiar y abordar estos puntos de vista negativos y promover la comprensión y la autorreflexión (130, 135, 140).

Beneficios y Daños

Los resultados de distintos grupos de discusión indican que cuando las enfermeras tienen actitudes negativas con respecto a las enfermedades mentales, incluida la depresión perinatal, el tiempo y las derivaciones a servicios y apoyos de salud mental pueden demorarse con consecuencias potencialmente adversas para la persona y su familia (140).

Valores y Preferencias

Las enfermeras de salud mental señalaron en un grupo de discusión preferir trabajar en entornos que cuenten con equipos multidisciplinares que ofrecen atención a personas con depresión perinatal (140). Las participantes indicaron que esta colaboración es beneficiosa, tanto para las personas como para el personal, ya que se daba prioridad alta a las derivaciones a especialistas de salud mental, logrando así reducir el tiempo de espera. También se redujo el estigma asociado a las enfermedades mentales y al acceso a servicios y apoyo en materia de salud mental.

Notas Prácticas

La práctica reflexiva puede ser una estrategia efectiva para abordar las distintas actitudes ante el cuidado de personas con depresión perinatal. La práctica reflexiva es un proceso iterativo que integra conceptos teóricos con práctica clínica para mejorar el pensamiento crítico (142). Está emergiendo como una modalidad de enseñanza y aprendizaje prometedora para las enfermeras que trabajan en la atención a la salud mental. Las herramientas de apoyo a la práctica reflexiva incluyen llevar un diario, participar en círculos de aprendizaje, compartir con iguales y realizar simulaciones con pacientes estandarizados.

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Registered Nurses' Association of Ontario. RNAO nurse educator mental health and addiction resource [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2017. Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Nurse_Educator_MHA_Resource.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recurso de apoyo a educadores para integrar de manera efectiva conocimientos y habilidades en materia de salud mental y adicciones en los planes de estudios universitarios de enfermería. ■ El recurso se basa en [las indicaciones de] la Asociación Canadiense de Escuelas de Enfermería (CASN) y las Competencias en materia de salud mental y adicciones para la enseñanza universitaria de enfermería en Canadá (2015) de la Federación Canadiense de Enfermeras de Salud Mental (CFMHN), además de otras investigaciones de apoyo. ■ Incluye actividades de autorreflexión en temas como la depresión.
<p>Ontario Human Rights Commission. Policy on preventing discrimination based on mental health disabilities and addictions [Internet]. [place unknown]: Ontario Human Rights Commission; 2014. Available from: http://www.ohrc.on.ca/sites/default/files/Policy%20on%20Preventing%20discrimination%20based%20on%20mental%20health%20disabilities%20and%20addictions_ENGLISH_accessible.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El Código de Derechos Humanos de Ontario (el Código) protege a las personas con discapacidades de salud mental y derivadas de adicciones ante la discriminación y el acoso por discapacidad. ■ El Código establece como política general de Ontario el reconocimiento de la dignidad y el valor inherentes de cada persona y la garantía de la igualdad de derechos y oportunidades sin discriminación. ■ El recurso reconoce que las personas pueden tener miedo de revelar una enfermedad mental por temor a ser etiquetadas, experimentar actitudes negativas por parte de otros, perder sus empleos o viviendas, o experimentar un trato desigual en los servicios.

Recomendaciones para la Organización y el Sistema

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN N°4

¿Cómo garantizan las organizaciones sanitarias y el sistema sanitario en conjunto la prevención, la valoración y las intervenciones óptimas para la depresión perinatal?

RECOMENDACIÓN 4.1:

Implantar en la comunidad servicios integrales y coordinados de salud mental y apoyo para la depresión perinatal, con el fin de respaldar las estrategias asistenciales llevadas a cabo por las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia: Ib, IV

Calidad de la Evidencia: Alta = 2; Moderada = 4; Guías: Alta = 1; Moderada = 1

Discusión de la Evidencia:

Resumen de Evidencia

El panel de expertos afirma rotundamente que unos servicios y apoyos integrales y coordinados en materia de salud mental para la depresión perinatal, que impliquen cribado, valoración, prevención, intervención y evaluación, son cruciales para maximizar su acceso, el seguimiento oportuno e itinerarios de derivación, evitando así enfoques asistenciales esporádicos o inconsistentes. Los entornos clínicos en los que se atiende a personas embarazadas y en periodo posparto deben comprometerse a destinar los recursos e infraestructuras de apoyo necesarios para lograr implantar las mejores prácticas en los servicios y apoyos a la salud mental para la depresión perinatal (143). Es necesario planificar y establecer prioridades para garantizar que se destinan anualmente los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para la depresión perinatal en los servicios y apoyos de salud mental. En todos los ámbitos de la salud, la atención de la depresión perinatal, empezando por el cribado de rutina, debe ser un componente estándar de la atención a personas embarazadas y en periodo posparto, sin depender del profesional sanitario que proporciona el cuidado (144 – 145). Así, las enfermeras, el personal de atención primaria, los trabajadores sociales, los psicólogos, los especialistas en salud mental (como enfermeras especializadas o psiquiatras) y los administradores deben trabajar en colaboración para promover que la depresión perinatal se reconozca precozmente y se realicen intervenciones en los casos en que esté indicado (145 - 146).

La evidencia apoya los modelos asistenciales de cuidados integrados y/o la atención colaborativa para optimizar los servicios y apoyos de atención a la depresión perinatal y la salud mental mediante un enfoque holístico (8, 143 – 145, 147). Para facilitar el inicio y uso de tratamiento, así como la accesibilidad al mismo, los servicios y las medidas de apoyo en materia de salud mental para la depresión perinatal deben estar integrados con otros servicios de atención a la salud perinatal, cuando sea posible (145). Entre los beneficios que ofrecen los servicios y apoyos integrados de salud mental para la atención de la depresión perinatal, existe una probabilidad casi cuatro veces mayor de que las personas acepten un seguimiento del tratamiento, ya que los servicios de salud mental presenciales, localizados en un mismo sitio o coordinados se perciben como accesibles, cómodos y menos desconectados de la atención primaria (145). Los servicios de salud mental integrados reducen ciertas barreras, como la desconfianza en los profesionales sanitarios que no forman parte del equipo de atención primaria de la persona, el estigma y las dificultades de accesibilidad (145). En casos en los que no se dispone de atención integrada, los profesionales de salud, los servicios sociales y los servicios y apoyos de salud mental tienen que trabajar en colaboración con los organismos de financiación para respaldar el desarrollo de una infraestructura de servicios de salud mental que responda a las necesidades de las personas (146).

Para respaldar la **práctica basada en la evidencia**^G en la depresión perinatal, los datos empíricos de la última década defienden el modelo asistencial colaborativo, un tipo de atención integrada (143). Los componentes del modelo asistencial colaborativo incluyen un modelo de cuidado centrado en la persona en el que se desarrolla un plan de cuidados, se ofrece apoyo y tratamiento, se realizan visitas de seguimiento para evaluar cómo responde la persona y se revisa el plan de cuidados, según proceda (143). En el cuidado de la depresión perinatal, el modelo asistencial colaborativo ha demostrado ser efectivo en entornos de atención primaria cuando lo facilitaban trabajadores sociales, médicos y enfermeras con conocimientos especializados referentes al cuidado de la depresión (143). Un estudio que comparaba los resultados de la depresión perinatal con un modelo asistencial colaborativo, frente a cuidados de rutina en atención primaria, encontró que la atención sanitaria era de mayor calidad y que se conseguía mayor adherencia a las métricas de calidad, incluyendo un seguimiento más precoz, tres o más contactos de seguimiento en los primeros tres meses desde el diagnóstico de depresión posparto y un seguimiento regular durante el primer año posparto para controlar cualquier cambio del estado de ánimo (147). El modelo asistencial colaborativo suponía adoptar un enfoque de equipo para ofrecer cuidados coordinados a cargo de los profesionales de atención primaria, especialistas en salud mental (para consultas) y demás personas encargadas de los cuidados, incluyendo las enfermeras. En el estudio, el centro incorporó cribado, seguimiento y controles rutinarios, implantó guías basadas en la evidencia, integró a los responsables asistenciales para ofrecer psicoeducación y coordinar los cuidados, y ofreció acceso a un psiquiatra, según necesidad. A pesar de estos resultados, no hay muchos estudios de buena calidad sobre la efectividad del modelo asistencial colaborativo para la depresión perinatal, y muchos de los estudios examinan programas estadounidenses, por lo que los resultados pueden ser o no ser aplicables a otros sistemas sanitarios (143, 145 - 147).

Elementos de un Programa Integral y Coordinado para la Depresión Perinatal

La implantación de servicios y medidas de apoyo integrales y coordinados en materia de salud mental para la atención de la depresión perinatal requiere un enfoque multifacético que integre: a) cuidado interprofesional y b) vías de derivación entre entidades en la comunidad.

Cuidado Interprofesional

En general, el cuidado interprofesional requiere coordinación y colaboración para ofrecer atención de calidad en distintos entornos y sectores, así como entre ellos, para favorecer así las estrategias asistenciales (145 – 147). En el contexto de la depresión perinatal, integrar los cuidados interprofesionales ha demostrado tener las siguientes ventajas:

- Acceso más rápido a servicios y apoyos en materia de salud mental para la depresión perinatal, gracias a un seguimiento más oportuno y sistemático que ayuda a mejorar la calidad de los cuidados y los resultados en salud (147).
- Procesos de derivación simplificados y promoción de la continuidad asistencial mediante enfoques colaborativos (8).
- Mayor coherencia con las distintas modalidades de tratamiento, incluidos los tratamientos farmacológicos (cuando proceda) (127).
- Servicios colaborativos de salud mental para la depresión perinatal consolidados, para apoyar a la comunidad local, a los profesionales de salud mental y de maternidad, y la coordinación del cuidado (56).

Vías de Derivación Entre Entidades en la Comunidad

Para promover vías de derivación coordinadas a servicios y apoyo para la depresión perinatal entre las distintas entidades en la comunidad, se consideraron efectivas las siguientes estrategias (8, 143):

- Documentación de los estándares de práctica, con inclusión de planes de cuidados para la depresión perinatal y monitorización de los resultados clínicos.
- Paquetes de información, hojas de datos, formularios de autoevaluación, recursos y una guía de derivación en varios idiomas a disposición de personas embarazadas y en periodo posparto. El uso de materiales promocionales que reconocen la depresión perinatal como complicación del parto puede ser de ayuda para promover la concienciación al respecto.

- Agilizar los procesos de derivación y cribado, utilizando un enfoque de equipo interprofesional.
- Acceso inmediato de los profesionales sanitarios de maternidad a especialistas en salud mental con capacitación diagnóstica. La demora en el acceso al cuidado en salud mental también puede atribuirse a cuestiones relacionadas con las compañías de seguro, a los largos tiempos de espera para las citas y al escaso número de especialistas que atienden a personas en periodo perinatal.
- Acceso al historial clínico, preferiblemente vía electrónica, para favorecer la comunicación entre los profesionales obstétricos y los profesionales de salud mental sobre temas como la valoración de la salud mental y los planes de tratamiento y tiempos de espera. Los especialistas informáticos pueden ayudar a mejorar las comunicaciones entre los equipos multidisciplinares y el seguimiento oportuno.
- Acceso a recursos locales y servicios/apoyos de salud mental coordinados, tanto dentro de una misma institución, en colaboración con otras, o entre distintas comunidades o regiones.
- Acceso inmediato a especialistas en salud mental, como por ejemplo un psiquiatra, vía telefónica o en consulta presencial para ayudar a los profesionales sanitarios multidisciplinares en la prestación de los componentes de la atención a la depresión perinatal. Esto supondría un incremento en el acceso a los cuidados para la salud mental y una reducción en los tiempos de espera, que pueden ser una carga para los psiquiatras.

Beneficios y Daños

La colaboración entre los distintos profesionales sanitarios de atención primaria, servicios comunitarios, servicios de salud mental y entornos académicos puede reforzar el cribado de la depresión perinatal, la derivación y la prestación de servicios (146).

Valores y Preferencias

Las personas con depresión posparto valoraron la comodidad de poder tener la opción de contactar por teléfono con el profesional asistencial a cargo, en contraposición a las visitas que siempre se realizan en persona en un entorno clínico (147). También se halló que la accesibilidad a los cuidados mejoraba la receptividad al tratamiento para la depresión posparto y reducía la necesidad de visitas adicionales a través de otras citas médicas.

Notas Prácticas

Para lograr mayor sensibilización y accesibilidad a los servicios y apoyos de salud mental para la depresión perinatal, se pueden incorporar las siguientes estrategias:

- Integrar a enfermeras como líderes en un enfoque interprofesional sobre los servicios y apoyos de salud mental para la depresión perinatal (143).
- Promover el acceso a servicios y apoyos de salud mental de financiación pública para la atención de la depresión perinatal, con el objetivo de reducir los tiempos de espera y el retraso en el inicio de la atención (8).
- Identificar programas y medidas de apoyo comunitario locales para abordar las lagunas asistenciales y el acceso limitado a los servicios.
- Establecer procesos de derivación centralizados con acceso a servicios y apoyos, incluyendo disponibilidad de citas urgentes (8).
- Desarrollar algoritmos de atención que incluyan las medidas que deben adoptarse en caso de que se sospeche o se detecte una situación urgente, como un daño inmediato, un suicidio o un riesgo de infanticidio (148).
- Utilizar medios impresos, medios sociales o campañas de salud pública que incorporen materiales educativos basados en la evidencia para que la depresión perinatal se considere una cuestión de salud pública.
- Integrar los servicios y apoyos en materia de salud mental para la depresión perinatal a través de diversos enfoques flexibles e individualizados, mediante consulta presencial, telefónica y domiciliaria, cuando sea posible (8).

Recursos de Apoyo

RECURSO	DESCRIPCIÓN
<p>Echo: Improving women's health in Ontario and the Postpartum Depression Standards Project Core Committee. The organization of perinatal mental health services in Ontario: Recommendations for service, education and training, policy and research [Internet]. [place unknown]: [publisher unknown]; 2012. Available from: http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/27001/320565.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documento técnico que refleja un debate de fondo a cargo de expertos en teoría y práctica en el área de la salud mental perinatal. ■ Las recomendaciones se refieren, entre otras, a la prestación de servicios, la educación y la formación, la política y la investigación.
<p>The RAND Corporation. A toolkit for implementing parental depression screening, referral and treatment across systems [Internet]. Santa Monica (CA): RAND Corporation, Community Care Behavioural Health Organization, and The Alliance for Infants and Toddlers, Inc.; 2012. Available from: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/tools/TL100/TL102/RAND_TL102.pdf</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una herramienta desarrollada con el fin de proporcionar información y recursos para implantar el cribado de la depresión como intervención temprana. ■ Se describen colaboraciones de derivación entre sistemas y la aplicación de la atención basada en las relaciones.

Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras

El equipo de Investigación y Desarrollo de Guías de buenas prácticas y el panel de expertos de RNAO identificaron diversas áreas prioritarias de futura investigación, señaladas en la **Tabla 8**. Los estudios realizados en estas áreas proporcionarían más evidencia para apoyar los cuidados en la depresión perinatal. La lista no es exhaustiva; es posible que sea necesario ampliar las áreas de investigación.

Tabla 8: Áreas de investigación prioritaria para cada pregunta de investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>Pregunta de investigación n° 1:</p> <p>En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué estrategias de prevención, cribado y valoración son efectivas para identificar síntomas de depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estrategias efectivas de prevención para la depresión perinatal, incluyendo consideraciones relativas al momento, la modalidad y el acceso a las mismas. ■ Programas de cribado efectivos para la depresión perinatal, incluyendo aspectos como el momento correcto y la adecuación cultural. ■ Instrumentos de cribado válidos para la ansiedad perinatal. ■ Ensayos multicéntricos grandes sobre programas de cribado que también incluyan valoración y resultados del tratamiento.
<p>Pregunta de investigación n° 2:</p> <p>En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué intervenciones son efectivas para quienes sufren depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Terapias complementarias efectivas, incluyendo masaje, fototerapia con luz brillante y acupuntura. ■ Cantidad de sueño para reducir el riesgo de depresión perinatal. ■ Más investigación sobre opciones de tratamiento y momento del tratamiento, en relación con la efectividad.
<p>Pregunta de investigación n° 3:</p> <p>¿Qué educación y formación son necesarias en materia de depresión perinatal para garantizar que las enfermeras realizan valoraciones e intervenciones efectivas dentro de su ámbito de práctica?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estudios canadienses sobre programas efectivos de educación inicial y continuada sobre la depresión perinatal para enfermeras y otros profesionales de la salud.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	ÁREA DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIA
<p>Pregunta de investigación n° 4:</p> <p>¿Cómo garantizan las organizaciones sanitarias y el sistema sanitario en conjunto la prevención, la valoración y las intervenciones óptimas para la depresión perinatal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Impacto de las vías asistenciales organizadas, incluidos los servicios de salud mental y el apoyo a personas con depresión perinatal y sus familias en zonas rurales y remotas. ■ Efectividad de los modelos asistenciales colaborativos que promueven la valoración y las intervenciones en la depresión perinatal. ■ Políticas de servicios sanitarios que mejoren la accesibilidad y la utilización de los servicios de salud mental para la depresión perinatal.

La **Tabla 8** constituye un intento de identificar y priorizar la investigación necesaria respecto a la depresión perinatal. Muchas de las recomendaciones de esta GBP se basan en evidencia de investigación cuantitativa y cualitativa; otras se basan en otras guías clínicas o en la opinión del panel de expertos de RNAO. Se necesitan más investigaciones sustantivas para ampliar el cuerpo de conocimientos.

Estrategias de implantación

La implantación de las GBP en el punto asistencial es una tarea exigente y polifacética, ya que los cambios en la práctica requieren algo más que sensibilización y difusión. Las GBP deben adaptarse a las necesidades de cada entorno de práctica de forma sistemática y participativa para garantizar que las recomendaciones se ajustan a cada contexto local (149). La *Herramienta de Implantación de guías de práctica clínica* de RNAO ofrece para ello un proceso basado en la evidencia (véase el **Anexo L**) (1).

La *Herramienta* se fundamenta en nueva evidencia indicativa de que la correcta asimilación de las buenas prácticas en el ámbito sanitario es más probable cuando:

- Los responsables de todos los niveles se comprometen con la implantación de las guías;
- Las guías que han de implantarse se seleccionan mediante un proceso sistemático y participativo;
- Se identifica a las partes para quienes las guías son de interés, y se logra que se impliquen en su implantación;
- Se evalúa la preparación del entorno para la implantación de las guías;
- Se adapta la guía al contexto local;
- Se consideran y abordan los facilitadores y las barreras para el uso de la guía;
- Se desarrollan intervenciones destinadas a promover el uso de la guía;
- Se monitoriza y se mantiene el uso de la guía de forma sistemática;
- Se evalúa el impacto de la guía como parte del proceso; y
- Existen recursos adecuados para completar todos los aspectos de la implantación.

La *Herramienta* emplea el marco "Del conocimiento a la Acción" para demostrar los pasos que son necesarios para la investigación y la síntesis del conocimiento (150). También guía la adaptación del nuevo conocimiento al contexto local y a la implantación. Este marco de trabajo sugiere identificar y usar herramientas, como las guías, para identificar las lagunas de conocimiento e iniciar el proceso de adaptación del nuevo conocimiento a los entornos locales. La **Figura 2** describe el marco de trabajo y destaca el ciclo del proceso de creación y acción.

RNAO está comprometida a maximizar el despliegue y la implantación de nuestras GBP. Para ello, empleamos un planteamiento coordinado en la difusión, para lo que se usan diversas estrategias, como:

1. La red impulsora *Nursing Best Practice Champion Network*[®], que desarrolla la capacidad de enfermeras individuales para fomentar la sensibilización, el compromiso y la adaptación de las GBP;
2. Los conjuntos de normas de las GBP[™], que recogen información clara, concisa y lista para la práctica extraída de las recomendaciones de las GBP y que puede incorporarse a las historias clínicas electrónicas y usarse también en entornos en los que se usa solo papel o que combinan ambas opciones; y
3. La designación de organizaciones como *Best Practice Spotlight Organization*[®] (BPSO[®]), que fomenta la implantación de las buenas prácticas en las instituciones y en el sistema sanitario. Las organizaciones reconocidas como BPSO[®] se centran en desarrollar una cultura basada en la evidencia con el mandato específico de implantar, evaluar y dar soporte a diversas BPG de RNAO.

Además, ofrecemos anualmente oportunidades de formación para el desarrollo de las capacidades sobre guías concretas y sobre cómo implantarlas.

Se puede consultar información sobre estrategias de implantación (en inglés) en:

- Red impulsora de RNAO, *Best Practice Champions Network*: www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Conjunto de normas de GBP de RNAO, *BPG Order Sets*: <http://rnao.ca/ehealth/bpgordersets>
- Designación de instituciones como *Best Practice Spotlight Organizations* de RNAO: www.RNAO.ca/bpg/bpso
- Oportunidades de formación en RNAO para el desarrollo de las capacidades y otras vías de desarrollo profesional: www.RNAO.ca/events

Figura 2: Marco del Conocimiento a la Acción



Adaptado de "Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice". S. Straus, J. Tetroe, and I. Graham. Copyright 2009 by the Blackwell Publishing Ltd. Adaptado con permiso.

Evaluación de la Guía

El modelo Donabedian sirve de base para el desarrollo de medidas de evaluación y control de la calidad de la asistencia sanitaria (151). El modelo se compone de tres categorías: estructura, proceso y resultado. La estructura describe los atributos necesarios del sistema sanitario, la organización o la institución académica, por ejemplo, recursos físicos, humanos, de información y económicos. El proceso examina las actividades asistenciales que se prestan a, para y con personas o poblaciones. Las medidas se asocian directamente con las recomendaciones y promueven la mejora de los procesos. El resultado analiza el efecto de los cuidados de calidad sobre el estado de salud de las personas y las poblaciones y mide el éxito general de la implantación de la Guía (152). Para obtener más información se puede consultar la *Herramienta de implantación de Guías de buenas prácticas*, segunda edición de RNAO (1).

Las **Tablas 9, 10, y 11** ofrecen medidas de la estructura, el proceso y el resultado para evaluar el éxito de la implantación de la Guía. Es importante evaluar los cambios en la práctica basados en la evidencia cuando se implanta una Guía. Se deben seleccionar las medidas más relevantes para el entorno de práctica. Los repositorios de datos/ las bibliotecas de indicadores disponibles en el ámbito de la depresión perinatal están diseñados para favorecer la recopilación, la medición, la mejora de la calidad y la evaluación de datos.

Tabla 9: Medidas de Estructura

MEDIDAS DE ESTRUCTURA	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS/ REPOSITORIOS DE DATOS
Porcentaje de enfermeras y miembros del equipo interprofesional que recibieron educación y formación sobre el cuidado de la depresión perinatal	Nuevo

La **Tabla 10** promueve la evaluación de los cambios en la práctica durante la fase de implantación. Las medidas se asocian directamente con recomendaciones concretas y fomentan el proceso de mejora.

Tabla 10: Medidas de Proceso

RECOMENDACIÓN	MEDIDAS DE PROCESO	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS/ REPOSITORIOS DE DATOS
1.1	Porcentaje de personas con un cribado registrado para riesgo de depresión perinatal	Nuevo
2.1	Porcentaje de personas con un plan de cuidados registrado para síntomas de depresión perinatal	Nuevo
2.5	Porcentaje de personas con síntomas de depresión perinatal registrados que recibieron intervenciones psicoeducativas	Nuevo
2.7	Porcentaje de personas con síntomas de depresión perinatal registrados que participaron en terapia cognitivo-conductual y/o terapia interpersonal	Nuevo

La **Tabla 11** recoge medidas posibles de resultados para valorar el éxito general de la Guía.

Tabla 11: Medidas de resultado

MEDIDAS DE RESULTADO	MEDIDAS EN INSTRUMENTOS / REPOSITORIOS DE DATOS
Porcentaje de personas que obtuvieron un cribado positivo para síntomas de depresión perinatal	Parcial BORN ₁
Porcentaje de personas que obtuvieron un cribado positivo para riesgo de autolesión	OPR ₂

- 1 Better Outcomes Registry & Network (BORN)
- 2 Ontario Perinatal Record (OPR)

Otros recursos de RNAO para la evaluación y seguimiento de las GBP:

- *Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation*® (NQuIRE®), un sistema único de datos de enfermería que se encuentra en el *International Affairs and Best Practice Guideline Centre* y permite a los centros designados como *Best Practice Spotlight Organizations*® (BPSO®) medir el impacto de la implantación de las GBP de buenas prácticas en centros BPSO de todo el mundo. El sistema de datos NQuIRE recopila, compara y reporta datos de proceso y medidas de resultado sensibles para la enfermería basados en las guías. Las definiciones de las medidas NQuIRE se ajustan a los datos administrativos disponibles y a los repositorios existentes siempre en la medida de lo posible, respetando el principio de “recogida única, uso múltiple”. Al completar otros sistemas de medida del rendimiento ya establecidos y emergentes, NQuIRE trata de aplicar medidas fiables y válidas, reducir al mínimo la carga de la presentación de informes y armonizar las medidas de evaluación para que sea posible realizar análisis comparativos. El sistema de datos internacional NQuIRE se lanzó en agosto de 2012 para: 1) crear y mantener culturas de práctica basada en la evidencia; 2) optimizar la seguridad del paciente; 3) mejorar los resultados del paciente; y 4) involucrar al personal en la identificación de las relaciones entre la práctica y los resultados para promover la calidad y abogar por recursos y políticas favorables a los cambios en las buenas prácticas (151). Para más información, se puede visitar RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Los conjuntos de normas de GBP (*Order Sets*) integrados en las historias clínicas electrónicas ofrecen un mecanismo de obtención electrónica de datos sobre indicadores de proceso. La capacidad de vincular las medidas de estructura y de proceso con medidas de resultados concretos del paciente ayuda a determinar el impacto de la implantación de las GBP sobre resultados en salud concretos. Para más información se puede visitar RNAO.ca/ehealth/bpgordersets.

Proceso de Actualización y Revisión de las Guías

RNAO se compromete a actualizar sus Guías de buenas prácticas de la siguiente manera:

1. Cada GBP será revisada por un panel de expertos en el área temática cada cinco años tras la publicación de la edición anterior.
2. El personal del Centro de asuntos internacionales y de guías de buenas prácticas de RNAO (IABPG, por sus siglas en inglés) realizará un seguimiento de las nuevas revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y otra literatura relevante en el tema que vaya apareciendo.
3. Basándose en ese seguimiento, el personal del IABPG podrá recomendar un periodo de revisión anticipado. Se consultará a los miembros del panel de expertos original y a otros especialistas y expertos en la materia para ayudar a tomar la decisión de examinar y revisar la GBP de forma anticipada al plazo propuesto.
4. Tres meses antes de que finalice el plazo marcado, el personal del IABPG comienza a planificar la revisión mediante:
 - a. La invitación a especialistas en la materia a participar en el panel de expertos. Dicho panel estará compuesto por especialistas recomendados y expertos, incluyendo aquellos que han vivido la experiencia o defensores del paciente.
 - b. La recopilación de los comentarios recibidos y las dudas planteadas durante la implantación, incluyendo comentarios y experiencias de los centros designados como BPSO® y otros centros de implantación en relación a su experiencia.
 - c. La recopilación de nuevas GBP clínicas en el campo de interés y la realización de revisiones sistemáticas de la evidencia.
 - d. El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados para la elaboración de una nueva edición de la GBP.
5. Se difundirán las nuevas ediciones de la GBP basándose en las estructuras y en los procesos establecidos.

Referencias

1. Registered Nurses' Association of Ontario. Toolkit: Implementation of best practice guidelines (2nd ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2012.
2. Rey M, Grinspun D, Costantini L, et al. The anatomy of a rigorous best practice guideline development process. In: Grinspun D, Bajnok I, eds. Transforming nursing through knowledge. Indianapolis (IN): Sigma Theta Tau International; 2018. p.31-68.
3. Registered Nurses' Association of Ontario. Interventions for postpartum depression. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2005.
4. Adams ED. If transmen can have babies, how will perinatal nursing adapt? MCN Am J Matern Child Nurs. 2010;35(1):26-32.
5. Alhusen J, Alvarez C. Perinatal depression A clinical update. Nurse Pract. 2016;41(5):50-55.
6. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: Current status and future directions. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:379-407.
7. Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. Holist Nurs Pract. 2012;26(4):203-209.
8. Byatt N, Simas T. Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2012 Dec;33(4):143-61.
9. Connelly C, Baker-Erikzen M, Hazen A, et al. A model for maternal depression. J Womens Health (Larchmt). 2010;19(9):1747-1757.
10. World Health Organization. Mental health. Maternal mental health. Geneva (CH): World Health Organization; 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
11. O'Hara M, Engeldinger J. Treatment of postpartum depression: recommendations for the clinician. Clin Obstet Gynecol. 2018;61(3):604-614.
12. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, et al. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. J Affect Disord. 2015;200:148-155.
13. O'Hara M, Wisner K. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):3-12.
14. Jesse D, Bian H, Banks E, et al. Role of mediators in reducing antepartum depression symptoms in rural low-income women receiving a culturally tailored cognitive behavioural intervention. Issues Ment Health Nurs. 2016;37(11):811-819.
15. Bowen A, Bowen R, Butt P, et al. Patterns of depression and treatment in pregnant and postpartum women. Can J Psych. 2012;57(3):161-7.
16. Chen YH, Tsai SY, Lee, JJ. Increased mortality risk among offspring of mothers with postnatal depression: A nationwide population-based study in Taiwan. Psychol Med. 2011;41(11):2287-96.
17. Iams JD. Clinical practice. Prevention of preterm parturition. N Engl J Med. 2014;370(3):254-261.

18. Davalos D, Yadon C, Tregellas H. Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(1):1–14.
19. Evans E, Deutsch N, Drake E, et al. Nurse-patient interaction as a treatment for antepartum depression: a mixed methods analysis. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2017;23(5):347-359.
20. World Health Organization. Social determinants of mental health. Geneva (CH): World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/
21. Gamble J, Grant T, Tsourtos G. Missed opportunities: a qualitative exploration of the experiences of smoking cessation interventions among socially disadvantaged pregnant women. *Women Birth*. 2015;28(1):8-15.
22. Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:302-302.
23. Wisner K, Sit D, McShea M, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490–498.
24. Beck C. Postpartum depression: A metasynthesis. *Qual Health Res*. 2002;12(4):453–472.
25. Gentile S. Untreated depression during pregnancy: short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neurosci*. 2017;342:154-166.
26. BenDavid D, Hunker D, Spadaro K. Uncovering the golden veil: applying the evidence for telephone screening to detect early postpartum depression. *J Perinat Educ*. 2016;25(1):37-45.
27. Fitelson E, Kim S, Baker AS, et al. Treatment of postpartum depression: Clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 2013;17(3):405-14.
28. Agnafors S, Sydsjo G, deKeyser L, et al. Symptoms of depression postpartum and 12 years later-associations to child mental health at 12 years of age. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):405-414.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
30. Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. *Ital J Psychopath*. 2009;15(4):351–366.
31. Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: When the bough breaks. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(3):1-11.
32. Lin E, Diaz-Granados N, Stewart D, Rhodes A, Yeritsyan N, Johns A, Duong-Hua M, Bierman AS. Depression. In: Bierman AS, editor. Project for an Ontario Women’s Health Evidence-Based Report: Volume 1: Toronto; 2009. Available from: <http://www.powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter5-Depression.pdf>
33. Falah-Hassani K, Shiri R, Vigod S, et al. Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2015; 70:67–82.
34. Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: A systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(10):e1153–1184.

35. Freed RD, Tompson MC, Otto MW, et al. Early risk factors for psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder: The role of obstetrical complications and maternal comorbid anxiety. *Depress Anxiety*. 2014;31(7):583–590.
36. Qiao Y, Wang J, Li J, et al. Effects of depression and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetrical and neonatal outcomes: A follow-up study. *J Obstet Gynaecol*. 2012;32(3):237–240.
37. Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):141-8.
38. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77.
39. Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, et al. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. *J Affect Disord*. 2009;113(3):303-8.
40. beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (AU): beyondblue; 2011.
41. Clarke D. Schizoaffective, delusional, and other psychotic disorders. In W. Austin & M.A. Boyd (Eds.), *Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice* (pp. 362-387). Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
42. Registered Nurses' Association of Ontario. *Fairer societies for better health equity*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.
43. National Collaborating Centre for Determinants of Health. *Let's talk: Health equity*. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University; 2013.
44. Canadian Nurses Association. Position statement: Social determinants of health [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2013 (updated 2009). Available from: https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/files/en/ps124_social_determinants_of_health_e.pdf
45. Olsson LE, Jakobsson Ung E, Swedberg K, et al. Efficacy of person centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013;22(3–4):456–465.
46. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? *Perm J*. 2011;15(2):63.
47. Registered Nurses' Association of Ontario. *Person-and-family-centred care*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2015.
48. Skoog M, Hallstrom I, Berggren V. 'There's something in their eyes' – Child Health Services nurses' experiences of identifying signs of postpartum depression in non-Swedish-speaking immigrant mothers. *Scand J Caring Sci*. 2017;31(4):739-747.
49. Canadian Nurses Association. Position statement: Evidence-informed decision-making and nursing practice [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Nurses Association; 2010 (updated 2002). Available from https://www.cna-aicc.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ps113_evidence_informed_2010_e.pdf?la=en

50. Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses. Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada. 2nd ed. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetrical and Neonatal Nurses; 2009.
51. Avalos L, Raine-Bennett T, Chen H, et al. Improved perinatal depression screening, treatment, and outcomes with a universal obstetric program. *Obstet Gynecol.* 2016;127(5):917-925.
52. Kohlhoff J, Hickinbotham R, Knox C, et al. Antenatal psychosocial assessment and depression screening in a private hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016;56(2):173-178.
53. Burton A, Patel S, Kaminsky L, et al. Depression in pregnancy: Time of screening and access to psychiatric care. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(11):1321-1324.
54. Birmingham MC, Chou KJ, Crain EF. Screening for postpartum depression in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2011;27(9):795-800.
55. van der Zee-van den berg A, Boere-Boonekamp M, Ijzerman M, et al. Screening for postpartum depression in well-baby care settings: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2017;21:9-20.
56. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Available from: <http://nice.org.uk/guidance/cg192>
57. Rollans M, Schmied, Kemp L, et al. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC Womens Health.* 2013;13:18.
58. Rowan P, Greisinger A, Brehm B, et al. Outcomes from implementing systematic antepartum depression screening in obstetrics. *Arch Womens Ment Health.* 2012;15(2):115-20.
59. Hewitt C, Gilbody S, Breale S, et al. Methods to identify postnatal depression in primary care: An integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess.* 2009;13(36):1-230.
60. Zou P. Relational practice in nursing: A case analysis. *Nurs Health Care.* 2016;1(1):9-13.
61. Leung SSL, Leung C, Lam TH, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: A randomized controlled trial. *J Public Health (Oxf).* 2011;33(2):292-301.
62. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 127: Management of perinatal mood disorders. Edinburgh (SCT): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012. Available from: <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html>
63. Kozinszky Z, Dudas RB, Devosa I, et al. Can a brief antepartum preventive group intervention help reduce postpartum depression symptomatology? *Psychother Psychosom.* 2012;81(2):98-107.
64. Miller L, Shade M, Vasireddy V. Beyond screening: Assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12(5):329-334.
65. Austin MP, Colton J, Priest S, et al. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth.* 2013;26(1):17-25.

66. Registered Nurses' Association of Ontario. Care transitions. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2014.
67. College of Nurses of Ontario. Practice standards: Documentation. Toronto, ON: College of Nurses; 2008. Available from: http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41001_documentation.pdf
68. Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, et al. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2014;76(6):433–446.
69. Noonan M, Galvin R, Doody O, et al. A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. *J Adv Nurs.* 2016;73(3):545-557.
70. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 2011;14(4):277–293.
71. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord.* 2015;177:7–21.
72. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, et al. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: A systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness and value of information analyses. *Health Technol Assess.* 2010;14(44):1–107.
73. Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *J Affect Disord.* 2012;137(1–3):25–34.
74. Dimidjian S, Goodman S. Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(3):498–515.
75. Fisher, Rowe, Wynter, et al. Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2016;6:e009396.
76. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth* 1998;25:215–19. In: Fisher, Rowe, Wynter, et al. Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2016;6:e009396.
77. McCarter-Spaulling D, Shea S. Effectiveness of discharge education on postpartum depression. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2016;41(3):168-172.
78. Top E, Karacam Z. Effectiveness of structured education in reduction of postpartum depression scores: a quasi-experimental study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016;30(3):356-362.
79. Lieberman K, Le HN, Perry DF. A systematic review of perinatal depression interventions for adolescent mothers. *J Adolesc.* 2014;37(8):1227-1235.
80. Perales, M., Refoyo, I., Coteron, J., et al. Exercise during pregnancy attenuates prenatal depression: A randomized controlled trial. *Eval Health Prof.* 2015;8(1):59–72.
81. Rojas-Garcia A, Ruiz-Perez I, Goncalves DC, et al. Healthcare interventions for perinatal depression in socially disadvantaged women: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2014;21(4):363–384.

82. Tandon SD, Perry DF, Mendelson T, et al. Preventing perinatal depression in low-income home visiting clients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(5):707–712.
83. Howell EA, Balbierz A, Wang J, et al. Reducing postpartum depression symptoms among black and Latina mothers: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2012;119(5):942–949.
84. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *J Affect Disord*. 2010;122(1–2):109–117.
85. Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, et al. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in mothers on public assistance. *J Affect Disord*. 2013;29(4):389–399.
86. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*. 2013;29(4):389–399.
87. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, et al. An intervention to reduce postpartum depression symptoms: A randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. 2014;17(1):57–63.
88. Dennis C-L, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;4:CD006795.
89. Woolhouse H, Miller K, Brown SJ, et al. Frequency of 'Time for self' is a significant predictor of postnatal depression symptoms: Results from a prospective pregnancy cohort study. *Birth*. 2016;43(1):58–67.
90. Kim Y, Dee V. Self-care for health in rural Hispanic women at risk for postpartum depression. *Matern Child Health J*. 2017;21(1):77–84.
91. Daley A, Jolly K, MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2009;26(2):154–162.
92. Daley A, Foster L, Palmer C, et al. The effectiveness of exercise for the prevention and treatment of antenatal depression: Systematic review with meta-analysis. *BJOG*. 2015;122(1):57–62.
93. Davis K, Dimidjian S. The relationship between physical activity and mood across the perinatal period: A review of naturalistic and clinical research to guide future investigation of physical activity-based interventions for perinatal depression. *Clin Psychol Sci Pract*. 2012;19(1):27–48.
94. Freeman MP. Complementary and alternative medicine for perinatal depression. *J Affect Disord*. 2009;112(1–3):1–10.
95. de Arujo, W, Romero W, Zandonade E, et al. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am. Enfermgem*. 2016;24:e2806.
96. Crowley SK, Youngstedt SD. Efficacy of light therapy for perinatal depression: A review. *J Physiol Anthropol*. 2012;31(1):15.
97. Doering JJ, Sims DA, Miller DD. How postpartum women with depression symptoms manage sleep disruption and fatigue. *Res Nurs Health*. 2017;40(2):132–142.
98. Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, et al. Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depression symptoms and maternal physiological stress. *J Obstet Gynec Neonatal Nurs*. 2012;41(3):369–382.

99. De Alencar AE, Arraes LLC, de Albuquerque EC, et al. Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr.* 2009;55(1):36–38.
100. Field T, Diego M, Delgado J, et al. Tai chi/yoga reduces prenatal depression, anxiety and sleep disturbances. *Complement Ther Clin Pract.* 2013;19(1):6–10.
101. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther.* 2012;16(2):204–209.
102. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, et al. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: A randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2014;31(8):631–640.
103. Sheikh M, Hantoushzadeh S, Shariat M, et al. The efficacy of early iron supplementation on postpartum depression, a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Eur J Nutr.* 2017;56:901–908.
104. Chang S, Chen C. Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2015;72(2):306–315.
105. Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, et al. Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36(5):441–449.
106. Danaher BG, Milgrom J, Seeley JR, et al. MomMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility trial results. *J Med Internet Res.* 2013;15(11):e242.
107. Kamalifard M, Yavarikia P, Babapour Kheiroddin J, et al. The effect of peers support on postpartum depression: A single-blind randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2013;2(3):237–244.
108. Maloni JA, Przeworski A, Damato EG. Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013;27(2):90–95.
109. Shorey S, Chan SWC, Chong YS, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *J Adv Nurs.* 2015;71(6):1260–1273.
110. Milgrom J, Schembri C, Ericksen J, et al. Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *J Affect Disord.* 2011;130(3):385–394.
111. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al. Schedules for home visits in the early postpartum. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 23;(7):CD009326.
112. Sanaati F, Charandabi S, Eslamlo H, et al. The effect of lifestyle-based education to women and their husbands on the anxiety and depression during pregnancy: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(7):870-876.
113. Glavin K, Smith L, Sorum R, et al. Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1317–1327.
114. Glasser S, Hadad L, Bina R, et al. Rate, risk factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. *J Adv Nurs.* 2016;72(7):1602-1615.
115. Stamou G, Garcia-Palacios A, Botella C. Cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: a narrative review. *BMC Psychol.* 2018;6(1):28.

116. Segre LS, Orengo-Aguayo RE, Siewert RC. Depression management by NICU nurses. *Clin Nurs Res*. 2016;25(3):273-290.
117. Stephens S, Ford E, Paudyal P, et al. Effectiveness of psychological interventions for postnatal depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2016;14(5):463-72.
118. Jesse DE, Gaynes BN, Feldhousen EB, et al. Performance of a culturally tailored cognitive-behavioral intervention integrated in a public health setting to reduce risk of antepartum depression: A randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(5):578-592.
119. Taylor B, Cavanagh K, Strauss C. The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(5):e0155720.
120. Bittner A, Peukert J, Zimmermann C, et al. Early intervention in pregnant women with elevated anxiety and depression symptoms: Efficacy of a cognitive-behavioral group program. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2014;28(3):185-195.
121. Scope A, Booth A, Sutcliffe P. Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. *J Adv Nurs*. 2012;68(9):1909-1919.
122. Nillni Y, Mehralizade A, Mayer L, et al. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2018;66:136-148.
123. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(5):839-849.
124. McDonagh MS, Matthews A, Phillipi C, et al. Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014;124(3):526-534.
125. Sharp DJ, Chew-Graham C, Tylee A, et al. A pragmatic randomised controlled trial to compare antidepressants with a community-based psychosocial intervention for the treatment of women with postnatal depression: The RESPOND trial. *Health Technol Assess*. 2010;14(43):1-153.
126. Buist A. Perinatal mental health. Identifying problems and managing medications. *Aust Fam Physician*. 2014;43(4):182-185.
127. Trangle M, Gursky J, Haight R, et al. Health care guideline: Depression in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2016. Available from: https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/
128. Birdee G, Kemper K, Rothman R et al. Use of complementary and alternative medicine during pregnancy and the postpartum period: an analysis of the National Health Interview Survey. *J Womens Health*. 2014;23(10):824-829.
129. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: A national survey. *J Midwifery Womens Health*. 2011;56(4):353-361.
130. McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, et al. Midwives and assessment of perinatal mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18(9):786-795.
131. College of Nurses of Ontario. Competencies for entry-level registered nurse practice. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2014. Available from: https://www.cno.org/globalassets/docs/reg/41037_entrytopractic_final.pdf

132. Hardy S. Mental health and wellbeing: A snapshot of GPN training needs. *Pract Nurs*. 2014;25(8):395–399.
133. Davies L, Page N, Glover H, et al. Developing a perinatal mental health module: an integrated care approach. *Br J Midwifery*. 2016;24(2):118-121.
134. Jardri R, Maron M, Pelta J, et al. Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post-birth: A quality improvement report. *Midwifery*. 2010;26(6):622–629.
135. Long M, Cramer R, Jenkins J, et al. A systematic review of interventions for healthcare professionals to improve screening and referral for perinatal mood and anxiety disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2018; Jul 2. doi: 10.1007/s00737-018-0876-4.
136. McLachlan HL, Forster DA, Collins R, et al. Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: Evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery*. 2011;27(5):723–730.
137. Morrell CJ, Slade P, Warner R, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: Pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*. 2009;338(7689):276-280.
138. Buist A, Bilszta J, Milgrom J, et al. Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: Results of a national survey. *Women Birth*. 2006;19(1):11–16.
139. Forrest E. Perinatal mental health education for midwives in Scotland. *Br J Midwifery*. 2010;18(5):280–284.
140. McConachie S, Whitford H. Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *J Adv Nurs*. 2009;65(4):867–876.
141. College of Nurses of Ontario. Practice guideline: Culturally sensitive care. Toronto, (ON): College of Nurses of Ontario; 2009. Available from: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf
142. Registered Nurses' Association of Ontario. Practice education in nursing. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2016.
143. Grote NK, Katon WJ, Lohr MJ, et al. Culturally relevant treatment services for perinatal depression in socio-economically disadvantaged women: The design of the MOMCare study. *Contemp Clin Trials*. 2014;39(1):34–49.
144. Lind A, Richter S, Craft C, et al. Implementation of routine postpartum depression screening and care initiation across a multispecialty health care organization: an 18-month retrospective analysis. *Matern Child Health*. 2017;21:1234-1239.
145. Lomonaco-Haycraft K, Hyer J, Tibbits B, et al. Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. *Prim Health Care Res Dev*. 2018;Jun18:1-8.
146. Price SK, Corder-Mabe J, Austin K. Perinatal depression screening and intervention: enhancing health provider involvement. *J Womens Health*. 2012;21(4):447-455.
147. Truitt FE, Pina BJ, Person-Rennell NH, et al. Outcomes for collaborative care versus routine care in the management of postpartum depression. *Qual Prim Care*. 2013; 21(3):171–177.
148. Smith T, Kipnis G. Implementing a perinatal mood and anxiety disorders program. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2012;37(2):80–87.

149. Straus S, Tetroe J, Graham ID, et al. Monitoring and evaluating knowledge. In: Straus SE, Tetroe J, Graham ID, editors. Knowledge translation in health care. Oxford (UK): Wiley-Blackwell; 2009. p.151-159.
150. Harrison MB, Graham ID, Fervers B, et al. Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, & I. D. Graham (Eds.), Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice. 2nd ed. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.;2013. p.110-120.
151. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691-729.
152. VanDeVelde-Coke S, Doran D, Grinspun D, et al. Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR (C), C-HOBIC and NQuIRE. Nurs Leadersh (Tor Ont). 2012;25(2):26–37.
153. Centers for Disease Control and Prevention. Descriptive and analytic studies [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [date unknown]. Available from: http://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
154. Glossary 2017 [Internet]. [place unknown]: The Cochrane Collaboration; 2017. Available from: <http://community.cochrane.org/glossary>
155. Wood A, Middleton SG, Leonard D. “When it’s more than the blues”: A collaborative response to postpartum depression. Public Health Nurs. 2010;27(3):248–254.
156. Lasiuk G. The assessment process. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice (2nd ed.) (pp. 173–190). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
157. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Towards cultural safety for Métis: An introduction for health care providers. Prince George, BC: University of Northern British Columbia; 2013. Available from: http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/76/CulturalSafety_Web_EN.pdf
158. First Nations Health Authority. Cultural humility [Internet]. Vancouver (BC): First Nations Health Authority; 2018. Available from: <http://www.fnha.ca/wellness/cultural-humility>
159. Registered Nurses’ Association of Ontario. Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence. Toronto, ON: Registered Nurses’ Association of Ontario; 2007.
160. Government of Ontario. Human Rights Code. R.S.O. 1990, c. H. 19 [Internet]. [place unknown]; Queens Printer for Ontario: 2012 – 2018. Available from: http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90h19_e.htm
161. Stevens K. The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. Online J Issues Nurs. 2013;18(2):4.
162. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
163. Leise C. A process model of judging and deciding. Int J Process Educ. 2013;5(1):71–90.
164. College of Nurses of Ontario. Therapeutic nurse–client relationship. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario; 2013 (updated 2006). Available from: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf
165. Mental Health Commission of Canada. Towards recovery and wellbeing: A framework for a mental health strategy for Canada. Calgary (AB): Mental Health Commission of Canada; 2009. Available from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_ENG_0_1.pdf

166. Leon AC, Davis LL, Kraemer HC. The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *J Psychiatr Res.* 2011;45(5):626–629.
167. Austin Z, Sutton J. Qualitative research: Getting started. *Can J Hosp Pharm.* 2014;67(6):436-440.
168. Rockers PC, Rottingen JA, Shemilt I, et al. Inclusion of quasi-experimental studies in systematic reviews of health systems research. *Health Policy.* 2014;67(6):436-440.
169. Caldwell L. The importance of reflective practice in nursing. *Intl J Caring Sci.* 2013;6(3):319.
170. Ross-Kerr JC, Wood MJ, Astle BJ, et al. *Canadian fundamentals of nursing (5th ed.)*. Toronto, ON: Elsevier Canada; 2014.
171. Baker C, Ogden S, Prapaipanich W, et al. Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *J Nurs Adm.* 1999;29(3):11-20.
172. Registered Nurses' Association of Ontario. *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2006.
173. Lovering S. The crescent of care: A nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity Equality Health Care.* 2012;9(3):171–178.
174. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012;30(1):6–15.
175. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(108):E839-842.
176. Fleiss J, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions (3rd ed.)*. New York, NY: John Wiley and Sons; 2003.
177. Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers, *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017;2:1-8.
178. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(3):172–178.
179. Freitas GC, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:336–42. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017;2:1-8.
180. Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Wild E, et al. Perinatal prevention network for mentally burdened and adolescent mothers. *Praxis Der Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2010;59:704–15. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017;2:1-8.
181. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:36–54. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017;2:1-8.
182. Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy related complaints and symptoms of depression. *Tidsskr nor Laegeforen* 2002;122:470–4. In: Dinwiddie K, Schillerstrom T., Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017;2:1-8.

183. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care*. 2007;21(5):289–298.
184. Mott SL, Schiller CE, Richards JG, et al. Depression and anxiety among postpartum and adoptive mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(4):335–343.
185. Hadman A, Tamim H. The relationship between postpartum depression and breastfeeding. *Intl J Psychiatr Med*. 2012;43(3):243-259.
186. Pope CJ, Mazmanian D, Bedard M, et al. Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *J Affect Disord*. 2016;200:45–50.
187. Registered Nurses' Association of Ontario. Breastfeeding - Promoting and supporting the initiation, exclusivity, and continuation of breastfeeding for newborns, infants, and young children. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2018.
188. Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, et al. Breastfeeding and postpartum depression: State of the art review. *J Pediatr(Rio J)*. 2013;89(4):332-338.
189. Chad L, Pupco A, Bozzo, P, et al. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013;59(6):633–634.
190. Khanlou N, Haque N, Skinner A, et al. Scoping review on maternal health among immigrant and refugee women in Canada: prenatal, intrapartum, and postnatal care. *J Pregnancy*. 2017;2017:1-14.
191. Ferszt G, Hickey J, Seleyman K. Advocating for pregnant women in prison: the role of the correctional nurse. *J Forensic Nurs*. 2013;9(2):105-110.
192. Mukherjee S, Pierre-Victor D, Bahelah R, et al. Mental health issues among pregnant women in correctional facilities: a systematic review. *Women Health*. 2014;54(8):816-42.
193. Kelsey C, Medel N, Mullins C. An examination of care practices of pregnant women incarcerated in jail facilities in the United States. *Matern Child Health J*. 2017;21(6):1260-1266.
194. Bowen A, Duncan V, Peacock S, et al. Mood and anxiety problems in perinatal Indigenous women in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A critical review of the literature. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(1): 93–111.
195. Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):491–498.
196. Roy, A., Thurston, W. E., & the Voices and PHACES Study Team. Depression and mental health in pregnant Aboriginal women: Key results and recommendations from the Voices and PHACES study (Final report). Calgary, AB: University of Calgary; 2015. Available from: <https://www.ucalgary.ca/wethurston/files/wethurston/voices-phaces-study-finalreport.pdf>
197. Allan B, Smylie J. First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, ON: The Wellesley Institute; 2015.
198. Flanders CE, Gibson MF, Goldberg AE, et al. Postpartum depression among visible and invisible sexual minority women: A pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 2015;19(2):299-305.

199. Ross LE, Steele L, Goldfinger C, et al. Perinatal depression symptomatology among lesbian and bisexual women. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(2):53–59.
200. Steele L, Ross LE, Epstein R, et al. Correlates of mental health service use among lesbian, gay, and bisexual mothers and prospective mothers. *Women Health*. 2008;47(3):95–112.
201. Maccio E, Pangburn J. Self-reported depressive symptoms in lesbian birth mothers and comothers. *J Fam Soc Work*. 2012;15(2):99-110.
202. Ross LE, Dennis C-L. The prevalence of postpartum depression among women with substance use, an abuse history, or chronic illness: A systematic review. *J Womens Health*. 2009;18(4):475–486.
203. De Venter M, Smets J, Raes F, et al. Impact of childhood trauma on postpartum depression: a prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(2):337-42.
204. Howard LM, Oram S, Galley H, et al. Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.
205. Mitra M, Iezzoni LI, Zhang J, et al. Prevalence and risk factors for postpartum depression symptoms among women with disabilities. *Matern Child Health J*. 2015;19(2):362–372.
206. Byrnes L, Hickey M. Perinatal care for women with disabilities: clinical considerations. *J Nurs Practition*. 2016;12(8):503-509.
207. Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2009. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83252/>
208. Chapman SL, Wu LT. Substance use among adolescent mothers: A review. *Child Youth Serv Rev*. 2013;35(5):806–815.
209. Dennis C-L, Merry L, Gagnon A. Postpartum depression risk factors among recent refugee, asylum-seeking, non-refugee immigrant, and Canadian-born women: results from a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:411-422.
210. Collins CH, Zimmerman C, Howard LM. Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(1):3-11.
211. Obedin-Maliver J, Makadon H. Transgender men and pregnancy. *Obstet Med*. 2016;9(1):4-8.
212. Dekel S, Stanger V, Georgakopoulos E, et al. Peripartum depression, traditional culture, and Israeli society. *J Clin Psychol*. 2016;72(8):784-794.
213. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depression symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91(2–3):97–111.
214. Zubaran C, Schumacher M, Roxo MR, et al. Screening tools for postpartum depression: Validity and cultural dimensions. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010;13(5):357–365.
215. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–786.

216. Abdollahi F, Lye M-S, Zain A, et al. Postnatal depression and its associated factors in women from different cultures. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2011;5(2):5-11.
217. Bina, R. Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish orthodox community: Factors associated with use of professional and informal help. *Women Health.* 2014;54(5):455–473.
218. Edward K, Castle D, Mills C, et al. An integrative review of paternal depression. *Am J Mens Health.* 2015;9(1):26-34.
219. Musser A, Ahmed A, Foli K, et al. Paternal postpartum depression: What health care providers should know. *J Pediatr Health Care.* 2013;27(6):479-85.
220. Kumar S, Oliffe J, Kelly M. Promoting postpartum mental health in fathers: recommendations for nurse practitioners. *Am J Mens Health.* 2018;12(2):221-228.
221. Buist A, Condon J, Brooks J, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord.* 2006;93(1–3):233–237.
222. Brealey SD, Hewitt C, Green JM, et al. Screening for postnatal depression—is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. *J Repro Infant Psychol.* 2010;28(4): 328–344.
223. Accortt E, Wong M. It is time for routine screening for perinatal mood and anxiety disorders in obstetrics and gynecology settings. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(9):553-568.
224. Earls M, The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 2010;126(5):1032-1039.
225. Gupta S, Ford-Jones E. Recognizing and responding to parental mental health needs: What can we do now? *Paediatr Child Health.* 2014;19(7):357–361.
226. McKean M, Caughey A, Yuracko Mc Kean M, et al. Postpartum depression: when should health care providers identify those at risk? *Clin Pediatr (Phila).* 2018;57(6):689-693.
227. Armstrong S, Small, R. Screening for postnatal depression: Not a simple task. *Aust N Z J Public Health.* 2007;31(1):57-61.
228. Kim HG, Geppert J, Quan T, et al. Screening for postpartum depression among low-income mothers using an interactive voice response system. *Matern Child Health J.* 2012;16(4):921–928.
229. Drake E, Howard E, Kinsey E. Online screening and referral for postpartum depression: An exploratory study. *Community Ment Health J.* 2014;50(3):305–311.
230. El-Den S, O-Reilly C, Chen T. A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *J Affect Disord.* 2015;188:284-303.
231. Langan R, Goodbred A. Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician.* 2016;93(10):852-858.

Anexo A: Glosario

Alfabetización en salud: El conocimiento y las competencias (el acceso, la comprensión, la evaluación y la aplicación de información en salud) que una persona requiere para tomar decisiones y responder a las complejas demandas de sus estados cambiantes de salud (enfermedad) y de bienestar (prevención). Hay dos niveles de alfabetización en salud:

1. el nivel funcional, en el que la persona posee las habilidades básicas de lectura y escritura necesarias para comprender cualquier información dada; y
2. el nivel interactivo, en el que la persona posee habilidades más avanzadas que le permiten participar en la toma de decisiones sobre sus cuidados de salud, incluida la capacidad de analizar críticamente y hacer un uso efectivo de la información para manejar su salud y bienestar (162).

Competencias: Los conocimientos, las aptitudes, las habilidades, las actitudes y el juicio integrados que se requieren para ejercer la enfermería de manera segura y ética en una determinada función o entorno (131).

Conciencia cultural: El primer paso para lograr seguridad cultural. Se puede construir observando actividades y cómo la gente participa en las mismas, y supone ser capaz y estar dispuesto a reconocer y aceptar diferencias en una población (172).

Véase *cultura, humildad cultural, seguridad cultural, sensibilidad cultural*.

Cuidados centrados en la persona: Un enfoque de cuidados en el que la persona es vista de forma integral. El proceso de llegar a conocer de forma integral a la persona se nutre de la formación de una relación terapéutica entre la persona, los allegados y los profesionales de la salud. Este enfoque de cuidados implica la defensa, el empoderamiento, el respeto mutuo y la comprensión del derecho de la persona a ser autónoma, a la libre determinación y a participar activamente en las decisiones sobre su salud (enfermedad y bienestar) (47).

Cuidados centrados en la persona y la familia: Un enfoque de cuidados centrados en la persona y la familia se articula mediante ciertas prácticas que sitúan a la persona y su familia en el centro de los cuidados y los servicios de salud. Los cuidados centrados en la persona y la familia respetan y empoderan a los individuos para ser verdaderos colaboradores junto con los profesionales de la salud para el cuidado de su propia salud. Este enfoque comprende los siguientes aspectos y atributos comunes:

- Fomento de las relaciones y la confianza;
- Empoderamiento de la persona para implicarse activamente en la toma de decisiones relativas a sus propios cuidados de salud (p.ej., independencia, autonomía y derecho a la libre autodeterminación);
- Acceso compartido a opciones de cuidados, educación e información basadas en la evidencia, no sesgadas, objetivas, claras y globales para ayudar a la persona en la toma de decisiones;
- Respeto por la persona y personalización de los cuidados mediante el fomento de sus fortalezas, su autoconocimiento, sus preferencias y sus objetivos de cuidados basados en sus creencias, valores, cultura y experiencias de salud;
- Provisión de confort físico dentro de un entorno propicio para la curación;
- Provisión de apoyo emocional y presencia comprensiva;
- Continuidad de los cuidados durante las transiciones asistenciales;
- Garantía del acceso de la persona a cuidados y servicios cuando lo necesite;
- Colaboración con la persona y su familia para la adaptación del sistema de salud de forma que se mejoren los cuidados, su prestación y el diseño de los cuidados y servicios de salud en todos los niveles (micro, meso y macro);
- Comunicación efectiva dentro de la relación terapéutica para promover la creación de una verdadera colaboración en los cuidados de salud;
- Cuidado a los individuos, sus familias y las comunidades, mediante el manejo de los determinantes de la salud (promoción de la salud y prevención de enfermedades) (47).

Cuidados colaborativos (planificación colaborativa de los cuidados): Modelo de cuidados en el que un equipo de profesionales sanitarios trabaja conjuntamente para tratar a pacientes de forma individual en uno o más entornos de cuidados. Este enfoque puede facilitar la planificación, la consulta, el seguimiento y la monitorización sistemática de los cuidados (147, 155).

Cultura: Se refiere a los valores, creencias, normas y formas de vida compartidas y aprendidas de un individuo o un grupo. Influye en el pensamiento, las decisiones y las acciones (141).

Depresión perinatal: Enfermedad mental común que se produce durante el embarazo y el posparto, hasta un año después del parto. Cuando no se trata, la depresión perinatal se asocia a resultados negativos en la salud para la persona, su bebé, otros niños, su pareja y otros miembros de la familia, cuando proceda (6). En la sección de Antecedentes (pág. 23 a 29) se ofrece una descripción detallada de la depresión perinatal, incluidos los síntomas y los factores de riesgo asociados.

Depresión prenatal: Depresión que se produce durante el periodo perinatal, específicamente durante el embarazo.

Depresión posparto: Depresión que se produce durante el periodo perinatal, específicamente durante el periodo posparto y hasta un año después del parto.

Determinantes sociales de la salud: Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (10).

Discriminación: El Código de Derechos Humanos de Ontario declara que "toda persona tiene derecho a la igualdad de trato con respecto a servicios, bienes e infraestructuras sin discriminación por motivos de raza, ascendencia, lugar de origen, color, origen étnico, ciudadanía, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, edad, estado civil, estado familiar o discapacidad" (160, s. 1).

Enfermera: Se refiere a enfermeras universitarias (RN), enfermeras con formación profesional (RPN, en Ontario), enfermeras especialistas en salud mental y enfermeras de práctica avanzada y especialistas clínicas (131).

Ensayo controlado aleatorizado: Experimento en el que el investigador asigna una intervención, exposición o tratamiento a los participantes, que se asignan al azar al grupo experimental (el que recibe la intervención) y al de comparación (tratamiento convencional) o al grupo de control (sin intervención o placebo) (154).

Equipo interprofesional: Equipo constituido por individuos de diferentes profesiones que trabajan en colaboración para ofrecer cuidados y servicios de salud integrales y de calidad a las personas dentro, entre y a través de los distintos entornos sanitarios (47).

Estigma (Estigmatización): Las actitudes negativas y desfavorables y el comportamiento al que dan lugar asociados a un determinado rasgo personal o relacionado con la actividad que desempeñan un individuo o un grupo (165).

Estudio controlado: Ensayo clínico en el que el investigador asigna una intervención, una exposición o un tratamiento a los participantes, que no son asignados al azar al grupo experimental y al grupo control (154).

Estudio cuasi experimental: Tipo de diseño de estudio que estima efectos causales mediante la observación de la exposición de interés, pero los experimentos no están directamente controlados por el investigador y carece de aleatorización (p.ej., diseños antes-después) (168).

Estudio de cohortes: Estudio observacional en el que un grupo definido de personas (la cohorte) es objeto de seguimiento a lo largo del tiempo tanto de forma prospectiva como retrospectiva (154).

Estudio descriptivo: Estudio que genera hipótesis y describe las características de una muestra de individuos en un momento en el tiempo. Los investigadores no asignan una intervención, exposición o tratamiento para probar una hipótesis, sino que simplemente describen las características de la muestra de una población definida. Entre los diseños de estudios descriptivos se cuentan los estudios transversales (153 - 154).

Estudio piloto: Tipo de diseño de estudio importante para el desarrollo de nuevo conocimiento. Los estudios piloto están diseñados para determinar la viabilidad de un enfoque de investigación (p.ej., reclutamiento, retención, valoración e implantación) usando una nueva intervención antes de desarrollar un estudio a mayor escala. No pretenden probar una hipótesis (166).

Estudio transversal: Estudio de la medición de la distribución de alguna(s) característica(s) en una población en un punto concreto en el tiempo (a veces llamado "encuesta") (154).

Estudios analíticos: Los estudios analíticos ponen a prueba hipótesis sobre las relaciones entre exposición y resultados. Los investigadores no asignan una intervención, una exposición o un tratamiento, sino que miden la asociación entre la exposición y los resultados a lo largo del tiempo mediante un grupo de comparación (153). Los diseños de los estudios analíticos pueden ser, entre otros, estudios de casos y controles y estudios de cohortes.

Familia: Alude a aquellos a quienes la persona define como miembro de su familia. Los miembros de la familia pueden incluir padres, hijos, hermanos, parejas, vecinos y cualquier persona significativa de su comunidad (47).

Fiabilidad (fiable): Grado en que los resultados de un procedimiento de medición pueden reproducirse con un error de medición mínimo (154).

Véase *validez*

Guías de buenas prácticas: Son documentos basados en la evidencia y desarrollados de forma sistemática que incluyen recomendaciones para las enfermeras y el equipo interprofesional, así como para educadores, líderes, gestores y legisladores y para las personas y sus familias sobre temas específicos clínicos y de entornos de trabajo saludables. Las Guías fomentan la coherencia y la excelencia en los cuidados clínicos, las políticas y la formación en materia sanitaria, lo que en última instancia conduce a unos resultados en salud óptimos tanto para las personas como para las comunidades y el sistema sanitario (2).

Humildad cultural: Proceso de autorreflexión para comprender los sesgos personales y sistemáticos que mantienen las desigualdades entre grupos raciales o étnicos (158 - 159).

Instrumento de cribado: Un instrumento de cribado tiene como objetivo detectar problemas de salud emergentes (típicamente presintomáticos) para su tratamiento precoz y para mejorar los resultados en salud. El rendimiento del instrumento de cribado debe basarse en la adecuación del cribado para detectar el problema de salud (170).

Intervenciones: Comprende estrategias de tratamiento, terapias o técnicas específicas que se utilizan en esta guía para la depresión perinatal.

Investigación cualitativa: Enfoque de investigación que busca expresar cómo el comportamiento y las experiencias humanas se pueden explicar en el contexto de las estructuras sociales. Utiliza un enfoque interactivo y subjetivo para investigar y describir el fenómeno (167).

Metaanálisis: Revisión sistemática que emplea métodos estadísticos para analizar y resumir los resultados de los estudios incluidos (154).

Véase *revisión sistemática*

Partes de interés / Partes interesadas: Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos, que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (171). Las partes interesadas incluyen todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Persona: En esta Guía, el término se refiere a cualquier individuo con quien los profesionales de la salud establecen una relación terapéutica con el fin de establecer una colaboración para los cuidados en la depresión perinatal. El término persona incluye lo siguiente: padre, madre, mujer, paciente, residente y consumidor, así como cualquier otro término definido por el individuo (164 - 165).

Persona en su integridad (persona integral): Todos los componentes biológicos, psicológicos, emocionales, físicos, personales, sociales, del entorno y espirituales que conforman una persona. El cuidado de la persona integral implica llegar a conocer todos estos componentes de la persona en relación con todos estos componentes y tratarla de manera holística (en lugar de tratar solo su enfermedad o dolencia) (173 - 174).

Práctica basada en la evidencia: La integración de la evidencia de la investigación más sólida metodológicamente con la experiencia clínica y los valores del paciente; unifica la evidencia de investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias del paciente (161).

Práctica reflexiva: Proceso de examinar las acciones y experiencias particulares con el objetivo de desarrollar práctica y conocimiento clínico propio, con el resultado de adquirir una nueva comprensión y apreciación de la situación (169).

Práctica basada en la evidencia: La integración de la evidencia de la investigación más sólida metodológicamente con la experiencia clínica y los valores del paciente; unifica la evidencia de investigación con la experiencia clínica y fomenta la inclusión de las preferencias del paciente (161).

Proceso de toma de decisiones informadas: Los pasos que da una persona para tomar decisiones sobre sus cuidados. La calidad del proceso de toma de decisiones se puede determinar evaluando el proceso en sí. Esto significa pedir a la persona que toma la decisión que evalúe lo siguiente:

- Si recibió suficiente información (conocimiento especializado) para tomar una decisión.
- Si se le ha dado la información sin prejuicios o sin intentar influir su decisión hacia una opción concreta.
- Si la información incluía una explicación de los beneficios, perjuicios, las incertidumbres científicas, y si se recibió información para considerar opciones alternativas.
- Si se han considerado los valores y los objetivos de la persona.
- Si se le dio tiempo suficiente para tomar la decisión.
- Si se incluyó a la persona en el proceso de toma de decisiones según su grado deseado de participación (163).

Proveedor sanitario: En esta GBP, el término se refiere a los profesionales de la salud regulados o profesionales que proporcionan cuidados y servicios a las personas y a sus familias en cualquier entorno (de cuidados agudos, cuidados domiciliarios, atención primaria y cuidados comunitarios) (47).

Recomendaciones para la formación: Declaraciones sobre los requisitos formativos y enfoques educativos o estrategias para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y el sistema: Declaraciones de las condiciones necesarias para que los entornos de práctica permitan la aplicación con éxito de la Guía de buenas prácticas. Dichas condiciones son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque pueden tener implicaciones para las políticas y las directrices en un nivel gubernamental o social más amplio.

Recomendaciones para la práctica: Declaraciones sobre buenas prácticas dirigidas a enfermeras y miembros del equipo interprofesional que permiten la satisfactoria implantación de la GBP.

Relación terapéutica: Relación orientada a un objetivo entre el profesional sanitario y la persona que accede al sistema sanitario para recibir asistencia y tratamiento, que se basa en un proceso interpersonal dirigido a velar por el mejor interés y los mejores resultados de la persona (164, 172).

Revisión sistemática: Revisión integral de la literatura que utiliza preguntas formuladas claramente, y métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación. Una revisión sistemática recopila y analiza los datos de los estudios incluidos en la revisión y los presenta, a veces utilizando métodos estadísticos (154).

Ver *Metaanálisis*.

Seguridad cultural: Resultado basado en un acercamiento respetuoso que reconoce los desequilibrios de poder inherentes al sistema sanitario de cuidados (141 - 159).

Véase *cultura, conciencia cultural, humildad cultural, sensibilidad cultural*

Sensibilidad cultural: Referido a la conciencia, la comprensión y las actitudes hacia la cultura centradas en la autoconciencia y la percepción del profesional sanitario (141, 159).

Véase *cultura, conciencia cultural, sensibilidad cultural*.

Validado (Validez): Grado en que es probable que una medida sea cierta y esté exenta de sesgo (154).

Ver *fiable*

Valoración integral: Una valoración integral es una valoración enfermera que considera los aspectos biológico, psicosocial, social y espiritual del individuo y que incluye "una historia de la salud y una exploración física; tiene en cuenta las dimensiones psicológicas, emocionales, sociales, espirituales, éticas y culturales de la salud; presta atención al significado de la experiencia de salud-enfermedad del individuo; y evalúa cómo todo ello influye en la vida cotidiana de la persona" (156, p. 174).

Anexo B: Proceso de Desarrollo de la Guía

RNAO se ha comprometido a garantizar que todas las GBP se basan en la mejor evidencia disponible. Con el fin de cumplir con los estándares internacionales, se ha establecido un proceso de revisión y seguimiento para cada guía cada cinco años.

RNAO ha reunido a un grupo de expertos que representan a una amplia variedad de sectores y áreas de práctica (véase la sección "Panel de expertos de RNAO", p. 16). Las revisiones sistemáticas de la evidencia se han basado en los objetivos y el ámbito de la guía, y se han apoyado en las cuatro preguntas de investigación incluidas a continuación. La revisión sistemática se llevó a cabo para recabar literatura de interés revisada por pares y publicada entre 2006 y julio de 2018.

Las preguntas de investigación establecidas para las revisiones sistemáticas fueron las siguientes:

1. En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué estrategias de cribado y valoración son efectivas para identificar síntomas de depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?
2. En el ámbito de la salud mental perinatal, ¿qué intervenciones son efectivas para quienes sufren depresión durante el embarazo y el posparto hasta un año después del parto?
3. ¿Qué educación y formación son necesarias en materia de depresión perinatal para garantizar que enfermeras y miembros del equipo interprofesional realizan valoraciones e intervenciones efectivas en su ámbito de práctica?
4. ¿Cómo garantizan las organizaciones sanitarias y el sistema sanitario en conjunto la prevención, la valoración y las intervenciones óptimas para la depresión perinatal?

Esta Guía es el resultado del trabajo del equipo de investigación y desarrollo de las Guías de RNAO y del panel de expertos para integrar la mejor y más reciente evidencia, y para garantizar la validez, adecuación y seguridad de las recomendaciones de la GBP.

Anexo C: Proceso de Revisión Sistemática y Estrategia de Búsqueda

Revisión de la Guía

El equipo de investigación de desarrollo de las Guías de buenas prácticas de la RNAO buscó en una lista definida de sitios web de guías y otros contenidos de interés publicados entre 2006 y 2016. La lista resultante se compiló a partir del conocimiento extraído de las páginas web de práctica basada en la evidencia, las recomendaciones de la literatura y sitios web clave relacionados con la depresión perinatal (véase **Figura 3**).

Se puede encontrar información detallada acerca de la estrategia de búsqueda de las guías existentes, incluida la lista de páginas web de búsqueda y los criterios de inclusión en www.RNAO.ca

La Directora de desarrollo de la Guía (Guideline Development Lead) y dos investigadores asociados de enfermería evaluaron de forma crítica seis guías internacionales utilizando la herramienta AGREE II (175). De esta revisión, se seleccionaron estas cuatro guías para informar las recomendaciones y discusiones de la evidencia:

1. beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (AU): Beyondblue; 2011. Available from: <http://resources.beyondblue.org.au/prism/file?token=BL/0891>
2. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2014. Available from: <http://nice.org.uk/guidance/cg192>
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 127: Management of perinatal mood disorders. Edinburgh (SCT): Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2012. Available from: <https://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders.html>
4. Trangle M, Gursky J, Haight R, et al. Health care guideline: Depression in primary care. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2016. Available from https://www.icsi.org/guidelines_more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_behavioral_health_guidelines/depression/

La exclusión de las guías según el Instrumento para la Evaluación de Guías II (AGREE II - *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II*) (175) se debió en primer lugar a la carencia de una revisión sistemática, así como a las bajas puntuaciones otorgadas por dos revisores independientes o por centrarse mínimamente en la depresión perinatal (p.ej., la guía se centraba en gran medida en la salud mental de la madre o en la atención prenatal o posparto, con solo un breve análisis de la depresión perinatal).

Revisión sistemática

El equipo de investigación y desarrollo de la RNAO y un documentalista especializado en ciencias de la salud desarrollaron una estrategia de búsqueda exhaustiva, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión creados junto con el panel de expertos de la RNAO. Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de artículos de interés publicados en inglés entre 2006 y 2015, en las siguientes bases de datos: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL)*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)*, *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*, *EMBASE*, *MEDLINE*, *MEDLINE in Process*, *PsycINFO* y *ERIC* (solo para la pregunta de investigación 3). Además, se pidió a los miembros del panel de expertos que revisasen sus bibliotecas personales

para localizar artículos de interés no recuperados mediante las estrategias de búsqueda anteriormente indicadas. Estos artículos siguieron el mismo proceso que los artículos recuperados por medio de la búsqueda en bases de datos (véase **Figura 4**).

Se puede consultar información detallada sobre la estrategia de búsqueda para la revisión sistemática, los criterios de inclusión y exclusión, en <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>.

Una vez recuperados los artículos, se dividieron entre los ayudantes de investigación de enfermería y la Directora de desarrollo de la Guía, todas con grado de máster. La Directora de desarrollo de la Guía de RNAO y los ayudantes de investigación en enfermería evaluaron los estudios de forma independiente en cuanto a relevancia y elegibilidad, de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión establecidos. Todo el cribado se realizó de forma independiente por al menos dos revisores, y cualquier posible discrepancia entre los pares fue dirimida por la persona que no revisó ese grupo de artículos.

Cada ayudante de investigación evaluó de forma independiente la calidad de 26 artículos (una muestra aleatoria del 20% del total de artículos elegibles para inclusión). Se obtuvo una concordancia aceptable interevaluador (estadístico kappa, $K=0.88$) que justifica su paso a la evaluación de la calidad y la extracción de datos, que se dividieron por igual entre los ayudantes de investigación (176). Se elaboró un resumen final de los hallazgos de la literatura con descripciones narrativas y se proporcionaron las tablas de datos completas y una descripción resumida a todos los miembros del panel de expertos para su revisión y discusión.

Actualizaciones de la Revisión Sistemática

Anteriormente a la publicación de la guía, se actualizó la revisión sistemática que fundamenta las recomendaciones para la práctica de esta Guías. El objetivo de la actualización de la revisión sistemática era garantizar que se incorporaba cualquier investigación de interés, favorable o contraria a las recomendaciones de práctica actuales, publicada a partir de la búsqueda inicial realizada en 2015. Se realizó una búsqueda de artículos relevantes publicados en inglés entre el 11 de mayo de 2015 y el 14 de julio de 2017 en las siguientes bases de datos: CINAHL, MEDLINE y la biblioteca Cochrane. Se recuperaron un total de 347 artículos, de los cuales quedaron 333 tras eliminar duplicados. Una investigadora asociada de enfermería y la directora de desarrollo de la guía, examinaron los 333 registros para su inclusión. Se acordó la inclusión de 25 textos completos, que fueron nuevamente cribados por la investigadora asociada de enfermería y por la directora de desarrollo de la Guía para verificar su relevancia. Se incluyeron 15 artículos en la actualización de la revisión sistemática, cuya calidad fue evaluada por una investigadora asociada de enfermería. En total, se incluyeron en la Guía 8 estudios de calidad alta a moderada (véase la **Figura 5**). Los artículos de investigación incluidos siguen apoyando las recomendaciones de la práctica actual contenidas en el marco de la Guía y se han incorporados en las discusiones pertinentes sobre la evidencia.

Con posterioridad a esta actualización inicial y antes de su publicación, se actualizaron las revisiones sistemáticas en las que se basan las recomendaciones para la práctica, la formación, y la organización y el sistema de la presente Guía. El propósito de esta segunda actualización era asegurar que se incorporara a la Guía cualquier investigación pertinente que apoyara o refutara todas las recomendaciones existentes sobre depresión perinatal publicadas en los últimos cinco años. Se realizó una búsqueda de artículos relevantes publicados en inglés entre enero de 2013 y julio de 2018 en las siguientes bases de datos: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL)*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)*, *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*, *EMBASE*, *MEDLINE*, *MEDLINE in Process*, *PsycINFO* y *ERIC* (solo para la pregunta de investigación 3). Se recuperaron un total de

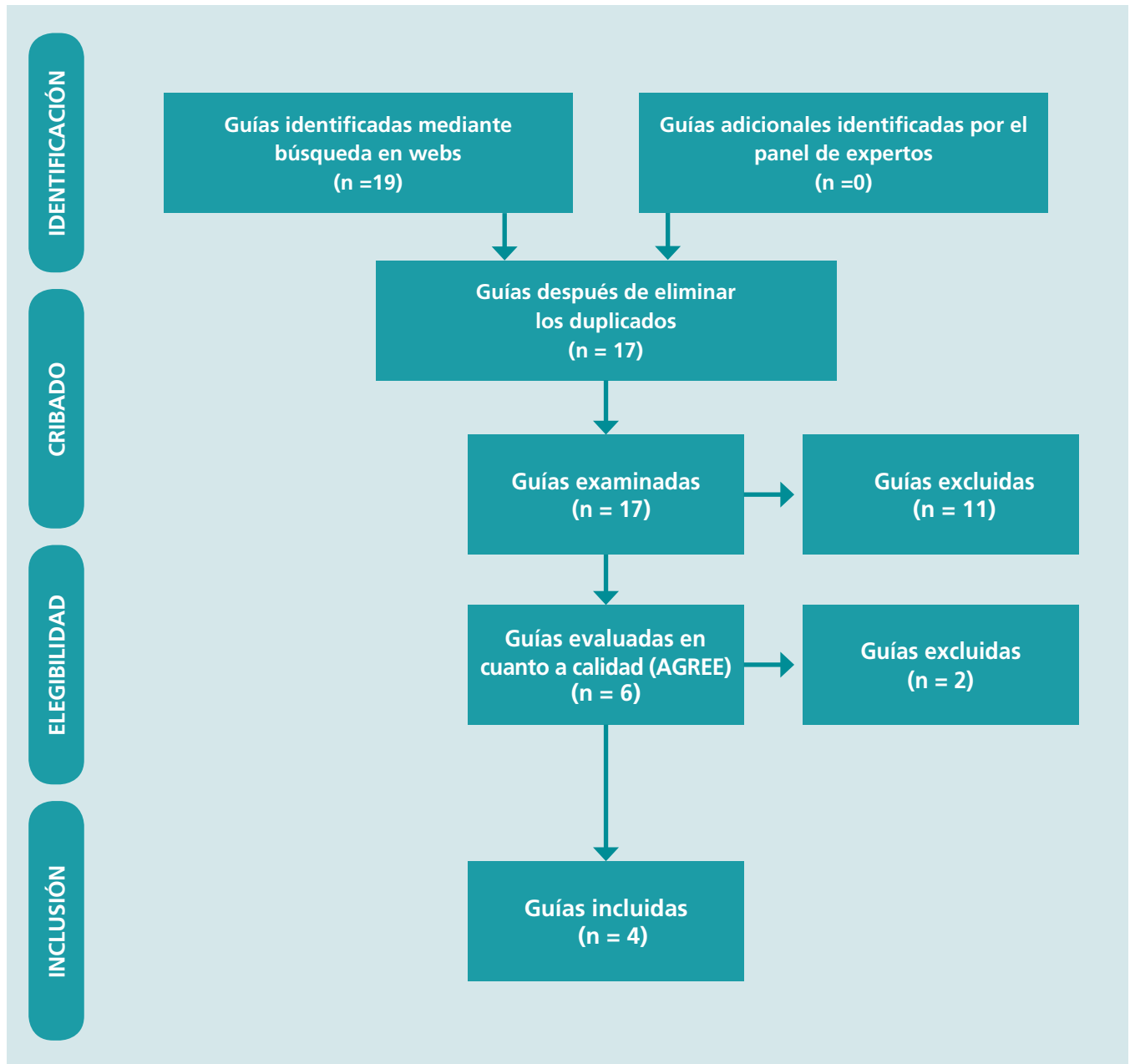
23664 artículos, de los que quedaron 17894 tras eliminar duplicados. Una investigadora asociada de enfermería y la directora de desarrollo de las guías examinaron los 17894 registros para su inclusión. Se acordó la inclusión de 371 textos completos, que fueron nuevamente cribados por una investigadora asociada de enfermería y por la directora de desarrollo de la Guía para verificar su relevancia. Se incluyeron 35 artículos en la actualización de la revisión sistemática, cuya calidad fue evaluada por dos investigadoras asociadas de enfermería. En total, se incluyeron 16 estudios de esta actualización en la Guía (véase la **Figura 5**). Los estudios de baja calidad solo se incluyeron cuando los resultados ofrecían ejemplos claros y relevantes. Los artículos de investigación incluidos siguieron apoyando las recomendaciones de la práctica actual en el marco de la Guía y se incorporan en las discusiones sobre la evidencia pertinentes.

Se puede consultar un diagrama de flujo detallado de la inclusión y exclusión de artículos para la revisión sistemática actualizada, junto con una bibliografía completa de todos los artículos a texto completo examinados para su inclusión en las búsquedas de 2015, 2017 y 2018, en

<https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-interventions-perinatal-depression>.



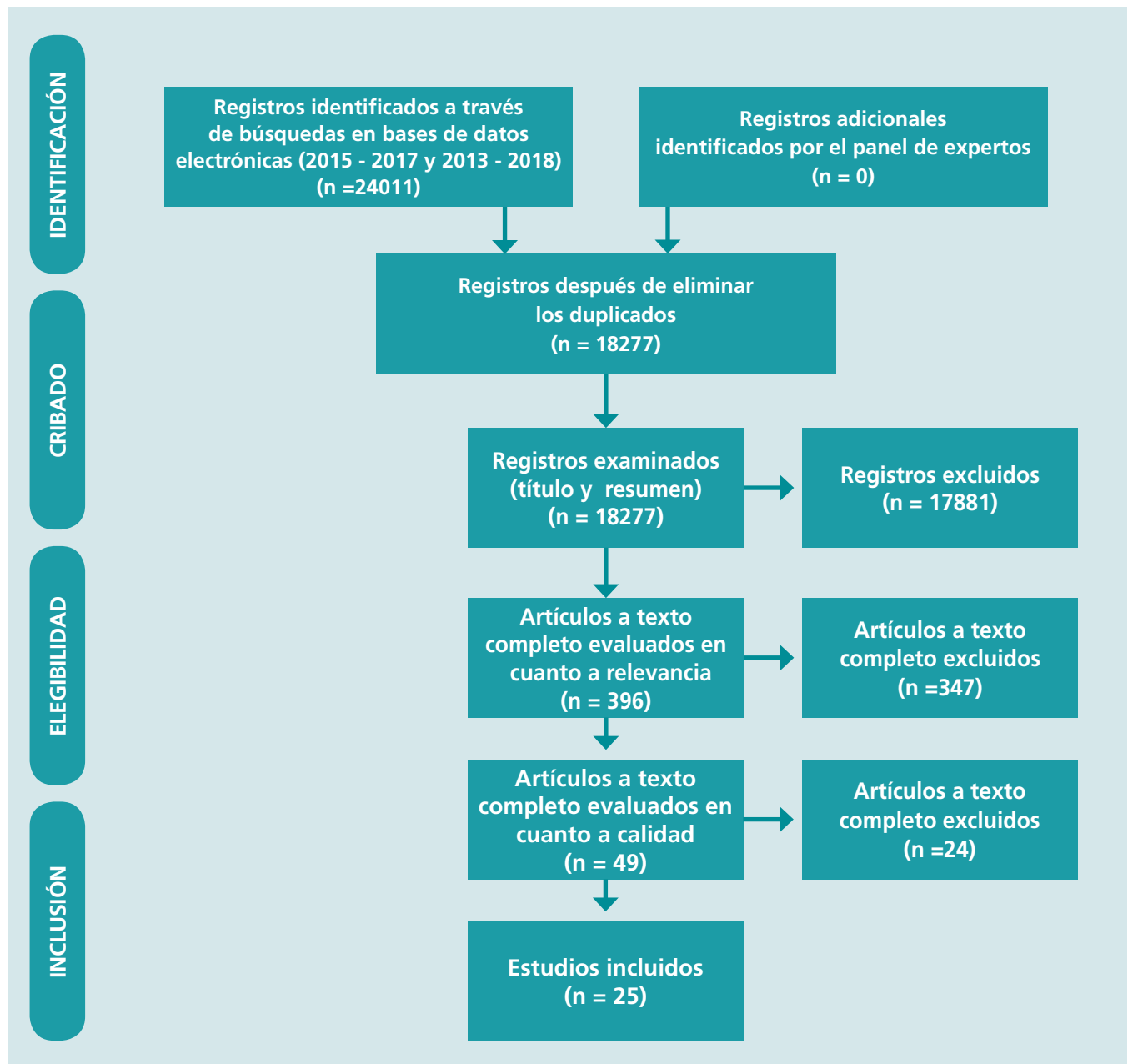
Figura 3: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Guías



Fuente: Adaptado por el panel de experto de RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

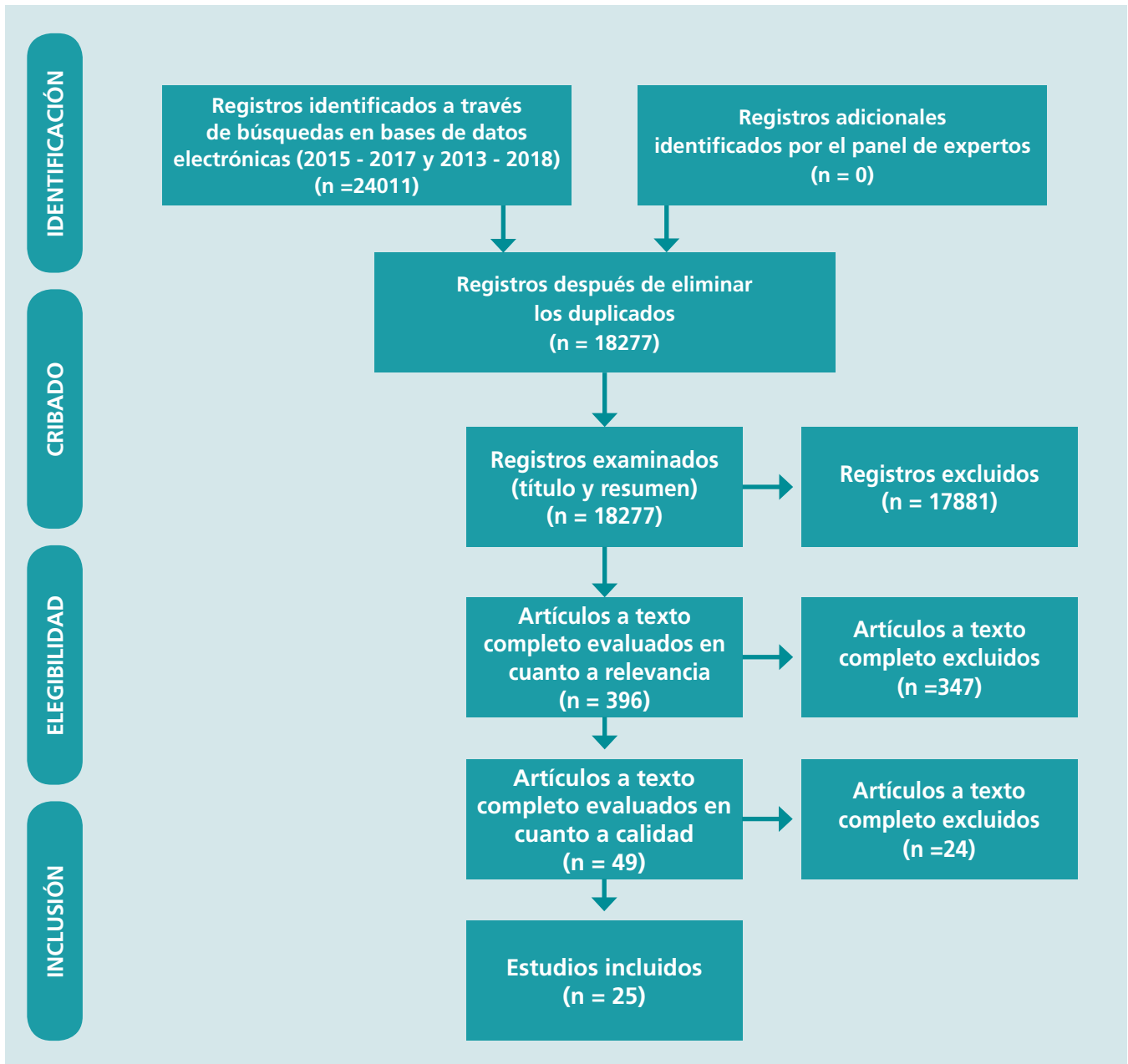
Las guías incluidas tenían una puntuación general en AGREE II de cinco o más (sobre siete).

Figura 4: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos



Fuente: Adaptado por el panel de experto de RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Figura 5: Diagrama de Flujo del Proceso de Revisión de Artículos



Fuente: Adaptado por el panel de experto de RNAO de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ. 2009;339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535

Anexo D: Diversidad entre Personas Embarazadas y Puérperas con Depresión Perinatal

Cuando se atiende a personas con depresión perinatal, es importante tener en cuenta las circunstancias y contextos de vida singulares que pueden determinar la necesidad de servicios y apoyo de una persona. En esta sección, se señalan las distintas necesidades de las personas embarazadas y en periodo posparto que sufren depresión perinatal. Se incluyen diversos subgrupos: adolescentes, padres adoptivos, personas lactantes, inmigrantes, personas en prisión, pueblos Indígenas, lesbianas y bisexuales, personas con historia de abuso, personas con discapacidades, personas con historia de consumo de sustancias, personas con una renta baja, refugiados y personas transgénero. También se ponen de manifiesto distintas consideraciones culturales y la depresión perinatal en la pareja masculina.

Adolescentes

Los estudios sobre depresión perinatal en adolescentes son escasos, dado que la mayoría de los estudios se centran en poblaciones adultas (177). No obstante, se da con bastante frecuencia, con una prevalencia reportada del 14 al 53 por ciento (en función de la población de estudio). Los altos índices de depresión se asocian a numerosos factores de riesgo, como se recoge en la **Tabla 12**. Dicha tabla también incluye los factores positivos de protección que reducen el riesgo.

Es fundamental poner en marcha intervenciones, ya que la depresión perinatal tiene una alta prevalencia y consecuencias adversas para la persona y su bebé, incluyendo triple riesgo de intento de suicidio en el periodo posparto en comparación con el embarazo (20% frente a 6,3%) (179). Se recomienda realizar cribados de depresión perinatal durante un año o más, ya que el pico de inicio de la depresión en adolescentes es a los cuatro meses después del parto (177). Dado que la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) no ha demostrado ser válida para adolescentes, se debe considerar el uso de otros instrumentos de valoración más sencillos para evaluar los sentimientos de desesperanza, tristeza o insatisfacción o desinterés en la vida diaria (180).

Algunas intervenciones efectivas recogidas en la evidencia son: 1) atención coordinada en un entorno domiciliario a cargo de miembros del equipo interprofesional, incluidos fisioterapeutas, trabajadores sociales, psiquiatras y matronas (180); y 2) apoyo de una enfermera en el entorno escolar y adaptaciones para asistir a citas médicas en horario escolar, según proceda (181). Otro estudio halló que la actividad física semanal en el tercer trimestre se asociaba a menores síntomas depresivos en el posparto inmediato (182).

Para las adolescentes, contar con una enfermera escolar o localizada en un centro comunitario (donde se encuentre disponible) puede ser de inestimable valor para recibir apoyo y conocer los recursos locales para la depresión perinatal, incluido el apoyo de otras personas en situación similar (30, 177 – 178, 183). Además, la enfermera también puede ayudar a los padres jóvenes en su decisión sobre si seguir o no con los estudios. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de depresión perinatal entre adolescentes, es importante que la enfermera detecte y reconozca cualquier signo o síntoma de depresión. Para obtener más detalles sobre el papel de las enfermeras y las competencias requeridas para dar apoyo a los adolescentes en materia de salud mental, véase la guía de RNAO *Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes*, disponible en <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/enhancing-healthy-adolescent-development>

Tabla 12: Factores de Riesgo y Factores de Protección frente a la Depresión Perinatal en los Adolescentes

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCION
<ul style="list-style-type: none"> ■ Menor edad en el momento del embarazo y el nacimiento* ■ Estar recibiendo asistencia social* ■ Abandono escolar* ■ Apoyo familiar negativo ■ Percepción de falta de apoyo de la red social o aislamiento de otras personas iguales ■ Baja autoestima ■ Insatisfacción con el propio cuerpo ■ Bajo estatus socioeconómico ■ Conflicto con el padre del bebé, cuando proceda ■ Autoinforme de sentimientos de soledad o falta de confianza ■ Alto grado de estrés personal ■ Historia de depresión y/o ansiedad antes o durante el embarazo ■ Adicción o problemas mentales, como ansiedad o trastorno bipolar o alimentario 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo parental ■ Apoyo e implicación del padre del bebé, especialmente según se acerca la fecha probable de parto (cuando proceda) ■ Atención a cargo de una enfermera u otro miembro de apoyo del equipo interprofesional ■ Conocimiento de los recursos locales y los servicios sociales disponibles ■ Cribado de depresión perinatal ■ Sensación percibida de confianza ante la maternidad/paternidad

Fuentes: Banti S, Borri C, Camilleri V, et al. Perinatal mood and anxiety disorders. Clinical assessment and management. A review of current literature. *Ital J Psychopath.* 2009;15(4):351–366; Dinwiddie K, Schillerstrom T, Schillerstrom J. Postpartum depression in adolescent mothers. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2017;2:1-8; Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: An integrative review of the literature. *J Pediatr Health Care.* 2007;21(5):289–298; and Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(3):172–178.

* No se ha determinado de manera concluyente que estos factores de riesgo sean predictivos de la depresión perinatal en los adolescentes (177 – 178, 183).

Padres Adoptivos

Hay pocos estudios sobre la prevalencia de la depresión posparto entre padres que han adoptado. Un estudio cuasi experimental se centró en madres que habían adoptado un niño (edad media de 2 años) en los 12 meses anteriores (184). Las conclusiones indicaron que las madres adoptivas tenían síntomas de depresión de gravedad comparable a los de las madres biológicas. El riesgo de depresión posparto en madres adoptivas puede agravarse por problemas de infertilidad, un trastorno psicológico pasado y menor satisfacción conyugal (184). Está indicado realizar un cribado de la depresión posparto en madres adoptivas para promover una valoración y un tratamiento más precoz, cuando sea necesario.

Personas en Periodo de Lactancia

La evidencia sobre la asociación entre prevalencia de la lactancia, duración y depresión posparto no es consistente (185 - 187). Algunos estudios han revelado que personas con síntomas de depresión mostraban menor prevalencia de lactancia y duración e inicio de la misma (185, 187 - 188). Por contra, otro estudio halló que los intentos de lactancia y su duración no estaban asociados a la depresión posparto, y que cualquier asociación que se hubiera hecho anteriormente entre estas variables podía deberse a otros factores de riesgo (186). Además, la lactancia puede ser un factor de protección contra la depresión posparto gracias a los efectos calmantes de las hormonas de la lactancia, prolactina y oxitocina, y la reducción del cortisol, una hormona del estrés (188).

Cuando se presta apoyo a personas con síntomas de depresión de moderada a grave que estén considerando un tratamiento farmacológico, deben examinarse los riesgos y beneficios con un proceso de toma de decisiones fundamentadas. Numerosos factores influyen en la decisión sobre el uso de enfoques farmacológicos y sobre si iniciar o continuar la lactancia, como los sentimientos de la persona respecto a la lactancia y la gravedad de sus síntomas depresivos (187). Se deben explorar todas las posibles opciones, como: 1) asumir la exposición a medicación a través de la leche materna en el tratamiento de la depresión posparto; 2) evitar la exposición a la medicación a través de la leche materna no tratando farmacológicamente la depresión posparto; o 3) evitar la exposición a la medicación a través de la leche materna con el cese de la lactancia (187). Al sopesar estas opciones, se puede asegurar en general que muchos de los medicamentos prescritos para la depresión posparto se consideran seguros para la lactancia materna porque la dosis para el lactante a través de la leche materna es inferior al 10% de la dosis ajustada al peso de la madre, lo que hace que la exposición del lactante sea de baja a muy baja (189). En cualquier caso, se deben atender y respetar las consideraciones de la persona en el marco del proceso de toma de decisiones. Si bien se reconoce que la lactancia materna es beneficiosa para la salud mental y para el vínculo madre-bebé, se debe ofrecer apoyo a todas las personas en su elección sobre cómo alimentar al bebé, incluida la opción de su parcial o pleno destete (187 - 188).

Para obtener más información sobre lactancia y depresión, véase la guía de buenas prácticas de RNAO *Lactancia materna: fomento y apoyo al inicio, la exclusividad y la continuación de la lactancia materna para recién nacidos, lactantes y niños pequeños*, disponible en <https://rnao.ca/bpg/guidelines/breastfeeding-promoting-and-supporting-initiation-exclusivity-and-continuation-breast>.

Inmigrantes

Una revisión sistemática de mujeres inmigrantes y depresión posparto halló una prevalencia del 20%, lo que reflejaba una probabilidad entre 1,5 y 2 veces mayor en comparación con las mujeres no inmigrantes (33). Las mujeres inmigrantes tenían mayor riesgo de depresión en las siguientes condiciones: habían inmigrado hacia menos de diez años, tenían baja alfabetización en el idioma local, tenían bajo nivel socioeconómico, tenían poco poder de decisión dentro del hogar o sufrían violencia de género y abuso a manos de su pareja. Otros factores de riesgo asociados a la depresión posparto entre inmigrantes incluían experiencias de estigma, conflicto en las relaciones familiares, dependencia económica, edad más joven y mala percepción de su propia salud (185, 190).

Personas en Prisión

Las personas embarazadas y en periodo posparto que se encuentran en prisión tienen mayor riesgo de depresión perinatal; con frecuencia sufren desigualdades sociales, como falta de vivienda (sin techo), adicciones, violencia repetida durante la infancia o la vida adulta o pobreza (191). Se estima que entre el 8 y el 10 por ciento de las personas en prisión están embarazadas y la mayor parte de ellas han cometido delitos no violentos motivados por la adicción o

la pobreza (191 - 192). Un estudio halló que el 80% de las embarazadas en prisión sufrían depresión y se encontraban socialmente aisladas con poco o ningún apoyo de su familia o amigos (192).

Muchas personas en prisión no obtienen ningún tipo de adaptación para promover un embarazo saludable, como alimentación adicional, incluidas frutas y verduras, vitaminas prenatales, un colchón extra o acceso a clases de parto (191). Pueden no estar preparadas emocional o legalmente para perder de forma temporal o permanente la custodia de su bebé, a menos que la institución penitenciaria disponga de un módulo específico para madres/bebés (191). Es posible que no se hayan desarrollado o ejecutado políticas destinadas a personas embarazadas en prisión, con lo que la persona es más vulnerable a la depresión (193).

Las enfermeras que trabajan en los establecimientos penitenciarios pueden atender de forma efectiva a las embarazadas en prisión a través de estrategias como:

- Cribado de depresión y factores de riesgo asociados como parte de la atención de rutina.
- Facilidades para la derivación a profesionales sanitarios prenatales, como obstetras, matronas, enfermeras, médicos de cabecera, asesores de lactancia o trabajadores sociales.
- Promover y favorecer protocolos para minimizar el uso de medidas de restricción (como esposas) en el trabajo de parto para reducir el riesgo de depresión y/o trauma (191).

En el periodo posparto, la enfermera puede propugnar o facilitar las siguientes estrategias:

- Ofrecer apoyo social.
- Facilitar recursos para fomentar el uso de sacaleches (cuando sea necesario).
- Defender y proteger los derechos de las personas en prisión, actuando en su nombre y promoviendo la justicia social al ofrecer o facilitar acceso a intervenciones para la depresión perinatal, cuando estén disponibles (191).

Se puede consultar una discusión en más profundidad sobre las mejores prácticas en módulos materno-infantiles en prisión en Canadá, disponible en https://icclr.law.ubc.ca/wpcontent/uploads/2017/06/Guidelines_MCU_26AUG2015.pdf

Pueblos Indígenas

En la actualidad carecemos de suficiente evidencia sobre pueblos Indígenas y depresión perinatal (194). Los datos sugieren que es frecuente que las mujeres Indígenas de Canadá sufran depresión perinatal. La prevalencia se estima entre el 17 y el 47 por ciento durante el embarazo y del 10 al 30 por ciento durante el posparto (194). El riesgo de depresión es aún mayor teniendo en cuenta que las mujeres Indígenas tienen 1,5 veces más embarazos que las mujeres de la población general.

Es importante contextualizar la depresión perinatal para las mujeres Indígenas como un problema grave de salud pública (194 - 195). Los pueblos Indígenas se enfrentan a dificultades singulares con factores complejos que se interrelacionan y responden a diversas causas (194 - 195). Por ejemplo, algunos factores son racismo sistemático, sexismo, marginalización, pobreza, abuso y los efectos intergeneracionales de la colonización (que llevó a la erradicación de prácticas tradicionales) (194 - 195). Algunas personas Indígenas se ven forzadas a dar a luz fuera de su comunidad de origen, con lo que quedan desconectadas de sus apoyos socioculturales y familiares (194 - 195). Esta situación resulta en exclusión y aislamiento, y contribuye a la falta de acceso a servicios y recursos que las sitúa en mayor riesgo de sufrir depresión perinatal (194 - 195).

Si bien hay mayores riesgos de depresión perinatal entre las personas Indígenas, también cuentan con factores de protección positivos que contribuyen a reforzarlas y crear resiliencia y pueden reducir el riesgo (196), como:

1. Una mente, un cuerpo y un espíritu saludable, que las dotan de estrategias para hacer frente al estrés como la espiritualidad y la oración.
2. Relaciones saludables con sus parejas, familia y otros miembros de la comunidad, y con los profesionales sanitarios. Esto incluye apoyo emocional y práctico.
3. Entornos saludables, incluidos entornos físicos y sociales positivos, en los que las personas se sienten a salvo y seguras con fácil acceso a distintos recursos.
4. Servicios sin barreras, efectivos y culturalmente seguros, que satisfacen las necesidades de las personas y en los que se sienten capacitadas y respetadas.

La atención brindada a mujeres Indígenas con depresión perinatal requiere que la enfermera y el equipo interprofesional sean muy conscientes de los determinantes sociales de la salud y muestren destrezas relativas a la **humildad cultural**^G y la **seguridad cultural**^G (158), articuladas a través de la comprensión y la práctica reflexiva, garantizando así la posibilidad de abordar las disparidades en materia de salud y de compartir el poder con la persona y acceder a los cuidados (197). En la investigación, las poblaciones Indígenas tienden a fundirse en una sola categoría de participantes de estudio, de modo que es necesario comprender en mayor profundidad las necesidades culturales singulares de cada subgrupo (194). Se puede consultar una lista de recursos específicos para mujeres Indígenas en el **Anexo L** (Recursos adicionales).

Lesbianas y Bisexuales

Actualmente, se observan investigaciones emergentes sobre la depresión perinatal y sus predictores en personas lesbianas y bisexuales (198 - 200). Parte de la evidencia sugiere una mayor prevalencia de depresión perinatal entre lesbianas y bisexuales que entre personas heterosexuales y señala la necesidad de contar con servicios de salud mental y profesionales asistenciales especializados que puedan ofrecer una atención inclusiva de discriminación positiva (o práctica positiva) para personas lesbianas y bisexuales (201). Esto implica la capacidad de reconocer los factores de riesgo únicos que surgen de la homofobia y la bifobia y cómo las mujeres lesbianas y bisexuales tienen necesidades asistenciales que son a la vez similares y diferentes a las de las mujeres heterosexuales. Otros principios de la práctica positiva son:

- No asumir que la persona es heterosexual.
- Tener conocimiento sobre cómo las personas lesbianas y bisexuales forman una relación y se convierten en madres.
- Conocer los recursos de ámbito local y nacional que dan apoyo a lesbianas y bisexuales como madres.
- Tratar de crear un entorno de discriminación positiva mediante medidas como formatos modificados que reconozcan a las parejas del mismo sexo e incluyan la orientación sexual y la expresión del género en la declaración de la misión de una institución y en la política de no discriminación (201).

Personas con Historia de Abuso

A pesar de la prevalencia elevada existente en la población general, hay pocos estudios que analicen la relación entre personas con historia de abuso y la depresión perinatal, y sus conclusiones son inconsistentes (202). Por ejemplo, una revisión sistemática sobre prevalencia de la depresión posparto y personas con historia de abuso reveló una relación significativa (202). Los tipos de abuso identificados hacían referencia al abuso físico, emocional, sexual y a la violencia en la pareja. El empoderamiento de la persona demostró ser una estrategia efectiva para disminuir síntomas depresivos prenatales entre personas que habían sufrido abuso emocional (202). Por el contrario, en 2016, un estudio prospectivo no halló relación significativa entre personas con historia de trauma y depresión posparto, cuando se midieron los

síntomas a las 12 y a las 24 semanas después del parto (203). Los investigadores concluyeron que una historia de depresión anterior a la gestación o durante la misma constituye un factor de riesgo más elevado de depresión posparto.

Los síntomas de depresión perinatal estaban fuertemente asociados a una historia de violencia en la pareja; no obstante, no se pudo determinar una relación causal (es decir, causa y efecto) (204). Las personas con depresión probable (esto es, con un nivel alto de síntomas depresivos, según las mediciones obtenidas con la escala de depresión posparto de Edimburgo) tenían una probabilidad de tres a cinco veces mayor de tener una historia de violencia en el seno de la pareja durante la edad adulta y durante el embarazo. Los investigadores concluyeron que la violencia dentro de la pareja, al igual que la depresión posparto, es un problema de salud pública con riesgos para la persona, el feto, el bebé y otros niños (cuando procede). Como tal, es necesario identificar a personas en riesgo o que puedan estar sufriendo violencia en el seno de la pareja, y responder de forma adecuada.

Se puede obtener más información sobre abuso hacia las mujeres en la GBP de RNAO *Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*, (2012)

<http://RNAO.ca/bpg/guidelines/woman-abuse-screening-identification-and-initial-response>

Personas con Discapacidad

Hay muy poca evidencia centrada en la depresión posparto en personas que hayan referido discapacidad física, mental o emocional (205). Se reconoce que la prevención, el cribado frecuente y las intervenciones de seguimiento en el momento oportuno son importantes para la salud y el bienestar emocional de estas personas debido al mayor riesgo que tienen de presentar síntomas de depresión (205 – 206). Un estudio de Estados Unidos en el que se examinaba la prevalencia de la depresión en personas con y sin discapacidades halló que quienes padecían alguna discapacidad corrían un riesgo notablemente más alto de depresión posparto (205). Entre estas personas, también era más frecuente el apoyo social limitado, bajos ingresos (según el índice federal de pobreza), experiencias de violencia física durante el embarazo, altos niveles de estrés y complicaciones médicas.

Personas con Historia de Consumo de Sustancias

Las personas que actualmente consumen sustancias durante el periodo perinatal (o que tienen una historia de consumo de sustancias) presentan un mayor riesgo tanto de depresión prenatal como posparto (202). Del mismo modo, las embarazadas que consumen alcohol tienen una elevada probabilidad de sufrir depresión posparto, aunque son escasas las investigaciones que examinan la relación entre el consumo de sustancias y la depresión (208).

La gestación puede empeorar los síntomas de enfermedad mental, incluida la depresión prenatal, ya que las personas pueden enfrentarse a dificultades como las incomodidades físicas del embarazo, el estigma social por el consumo de sustancias, y las actitudes ambivalentes ante el embarazo y la transición hacia la maternidad (207). Una revisión sistemática centrada en personas en el posparto que abusaban de sustancias, halló de manera reiterada altos índices de síntomas depresivos (202).

En personas con comorbilidades derivadas de la depresión perinatal y la adicción, es necesario prestar unos cuidados coordinados que integren la salud mental, el consumo de sustancias y los problemas de trauma (207 - 208). En embarazadas y puérperas con historia de consumo de sustancias, es importante valorar e intervenir frente a la depresión perinatal, ya que la falta de tratamiento tiene resultados adversos para la salud materna e infantil (207 - 208). Se puede encontrar más información sobre intervención de crisis a través de un enfoque basado en el trauma con la información contenida en la GBP de RNAO (2017) *Intervención en crisis: abordaje del trauma en adultos en las cuatro primeras semanas*, disponible en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/Crisis_Intervention_FINAL_WEB_April6.pdf

Personas con Bajos Ingresos

Las personas con bajos ingresos y/o que viven en la pobreza presentan un riesgo desproporcionadamente elevado de depresión perinatal a causa de las desigualdades sociales, ya que sus índices de depresión perinatal son el doble que los de personas de clase media (9 - 10, 90, 143). Además, las personas socioeconómicamente desfavorecidas se enfrentan a múltiples barreras en cuanto al acceso a tratamientos, como: barreras prácticas (costes, falta de seguro médico, cuidado infantil, transporte, limitaciones de tiempo, ubicación inaccesible de centros médicos, prioridades en conflicto); barreras culturales (idioma, insensibilidad de los proveedores de cuidados a los valores culturales, estilos de afrontamiento –por ejemplo, espiritualidad– o creencias sobre la depresión); y barreras psicológicas (experiencias negativas previas en el uso de los servicios, sentimiento de confianza en uno mismo o desconfianza en los demás por historia de violencia o abuso en la infancia o en edad adulta) (143). Por ello, es comprensible que las personas que se enfrentan a estas barreras se muestren reacias a solicitar o continuar tratamientos (143).

Los niveles de ingresos bajos y la pobreza son fuertes predictores de depresión (9). Los efectos adversos de la depresión perinatal para la persona, su bebé y la familia son elevados debido a factores de estrés como la insuficiencia de ingresos económicos para cubrir necesidades básicas como la vivienda, la alimentación y los bienes materiales. Además, las personas pueden presentar otros factores de riesgo de depresión (p.ej., historia de trauma, violencia en la pareja o discriminación) que aumentan aún más su riesgo de padecer síntomas depresivos que, si se producen a la vez, da lugar a mayores desigualdades en materia de salud (90).

En el caso de personas con bajos ingresos económicos, la depresión perinatal puede pasar desapercibida (9, 90). Esto puede deberse al ausentismo a visitas prenatales o posparto causado por factores relacionados como son los costes financieros de transporte o el cuidado de los niños. Por razones similares, las personas con cribado positivo para riesgo de depresión perinatal pueden no asistir a las visitas de seguimiento y recibir tratamiento, si así se indica. Además, pueden tener miedo a la discriminación o el estigma si se les asocia con padecer depresión perinatal.

Una limitación importante de un instrumento de cribado de la depresión perinatal en personas sujetas a desigualdades sociales (como las de bajos ingresos) es que la herramienta se centra en los síntomas de la depresión solamente (9). Por lo tanto, los instrumentos de cribado no incorporan otros factores de interés como las desigualdades sociales, para determinar el riesgo de depresión. En cambio, para quienes sufren desigualdades sociales podría estar indicado un enfoque de cribado que incluya la detección de barreras y factores de riesgo concomitantes, tales como una renta baja. Es necesario contar con enfoques asistenciales integrales para la depresión perinatal que reconozcan las necesidades complejas de la persona. Los servicios y apoyos de salud mental que son multifactoriales y se ofrecen de manera proactiva con la aportación de los usuarios pueden garantizar un mejor abordaje de las necesidades de las personas y de los obstáculos de acceso a la atención (9). Por ejemplo, un programa de atención a la salud mental puede ofrecer, además de servicios y apoyos para la depresión, vales de comida, billetes de autobús, centros de cuidado infantil, servicios de asesoramiento y de apoyo.

Refugiados

En comparación con las mujeres nacidas en Canadá, las refugiadas tienen un riesgo significativamente mayor de obtener un cribado positivo en depresión posparto (209). En un **estudio de cohorte prospectivo**^G se determinó que la prevalencia de las refugiadas con síntomas de depresión posparto era del 11%, la segunda más alta entre solicitantes de asilo (209). Las refugiadas en el periodo posparto tenían factores de riesgo de depresión añadidos, como experiencias de abuso o trauma, separación de la familia o desigualdades sociales (p.ej., abuso o trauma, falta de apoyo social tras dejar atrás a su familia) o habían sufrido desigualdades sociales (p.ej., inseguridad alimentaria, discriminación, menor acceso a la sanidad) (209 - 210). Para responder a todo ello, las enfermeras y el equipo interprofesional deben realizar cribados de manera rutinaria a los refugiados para detectar síntomas de depresión y promover un mayor acceso a los sistemas de atención a la salud (209). Dado que el apoyo social y el sentimiento de comunidad se identifican como factores de protección positivos frente a la depresión posparto, promover el apoyo psicosocial también podría ser una medida efectiva.

Personas Transgénero

Las personas transgénero incluyen aquellas cuya identidad o expresión de género no se corresponde con el género asignado al nacer y que pueden identificarse como de género no binario (es decir, ni masculino ni femenino) (4). Las personas transgénero puede tener mayor riesgo de depresión perinatal por su contexto social singular como individuos y como progenitores (4). Los síntomas de la depresión pueden agravarse con un estigma persistente, transfobia, discriminación, juicios de valor, intimidación u otras formas de opresión sufridas como persona embarazada o como nuevos padres (4, 211). Estos factores de riesgo señalan la necesidad de cribar y tratar a la persona según esté indicado (4). Las enfermeras y el equipo interprofesional deben mantenerse alerta para detectar cualquier riesgo elevado de depresión y de suicidio entre las personas transgénero debido a factores como la falta de apoyos sociales, la discriminación, posibles agresiones, soledad y falta de profesionales de la salud con formación (211).

Consideraciones Culturales

Es importante familiarizarse con la cultura de la persona, ya que la depresión perinatal es un problema de salud mental a nivel global (212). La prevalencia de la depresión perinatal varía ampliamente entre las distintas culturas, desde 0 hasta un 60 por ciento (213). Se señalan tasas de prevalencia muy bajas en países como Malasia, Malta, Austria y Dinamarca (213); por el contrario, se ha detectado una elevada prevalencia en países como Brasil, Italia, Chile, Costa Rica y Sudáfrica (213). En general, es necesario disponer de más conocimientos para comprender mejor la prevalencia, la experiencia y las necesidades de las personas embarazadas y púerperas con depresión perinatal, a nivel mundial.

Los síntomas de depresión se expresan de forma distinta de unas culturas a otras, con un significado de depresión diverso según lo descrito por las propias personas y su comunidad (213). Por ejemplo, algunas culturas no tienen palabras para la depresión perinatal (214). En culturas que son reacias a informar síntomas de depresión se podrían emplear puntuaciones de corte más bajas en los instrumentos de cribado. Es fundamental que las herramientas utilizadas para el cribado de la depresión perinatal hayan sido previamente validadas en el idioma hablado y leído por la persona (cuando proceda) (61, 213). Por ejemplo, la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) ha sido traducida a varios idiomas (p.ej., chino, holandés, francés y punyabí) (215). Véase el **Anexo J** para consultar la versión en francés de esta herramienta de cribado.

Aunque la depresión perinatal tiene características parecidas en todo el mundo, puede haber diferencias en la percepción y la experiencia de la depresión que forman parte de la cultura (208, 216). La cultura puede modelar variables como la forma en la que se definen los roles, los apoyos comunitarios y los rituales, así como también la consideración y la importancia que se le concede a la salud mental (216). Esto sugiere la existencia de una asociación entre la depresión perinatal y factores culturales que pueden mitigar, neutralizar o incrementar el riesgo (212). Por ejemplo, las personas originarias de países en vías de desarrollo, en los que con frecuencia se ignoran los problemas psicológicos, habitualmente no buscan tratamiento (216).

En culturas tradicionales, aquellas en las que la reproducción es de suma importancia y convertirse en madre otorga un determinado estatus social según define la evidencia, es posible que haya poca aceptación en cuanto a las enfermedades mentales y la depresión perinatal, y las tasas de prevalencia registradas son bajas (217). Las culturas tradicionales pueden amortiguar los síntomas de la depresión perinatal debido a la fuerte práctica religiosa y la fe, o a los claros y definidos papeles sociales en las familias y las comunidades (212, 216). No obstante, los estrechos vínculos dentro de una familia y una comunidad también pueden exacerbar los síntomas depresivos en aquellos casos en los que la persona siente vergüenza o culpa, o no se considera competente en su papel como madre (212).

Las sociedades occidentales promueven el individualismo; por tanto, las personas embarazadas y en el periodo posparto pueden experimentar aislamiento social relacionado con la vida en el entorno urbano y la fragmentación familiar (216). Esto puede predisponerlas a un mayor riesgo de depresión (216). Otro factor de riesgo relacionado con la cultura occidental puede ser el desvío del centro de atención hacia el bebé y menos hacia la persona durante el periodo posparto. En este sentido, es importante que las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional integren un enfoque culturalmente sensible y sean conscientes de la cultura de la persona y su efecto sobre el tratamiento y la recuperación

de la depresión perinatal (212). Las personas, sus familias y las comunidades deben ser conscientes de la depresión perinatal y de cómo los factores culturales pueden crear desafíos u oportunidades para el cuidado de la misma. Esta concienciación puede ayudar a las personas a sentir respaldo para solicitar y utilizar servicios y apoyos para la depresión perinatal cuando sea necesario, especialmente en casos con una tasa de prevalencia baja motivada por una cultura tradicional (212). La educación sobre los síntomas de la depresión puede contribuir a que se reconozca que la depresión perinatal es un problema de salud grave (216).

Depresión Perinatal en la Pareja Masculina

Los hombres también pueden sufrir depresión como pareja o como padre durante el periodo perinatal (218). Se calcula una prevalencia del 10%, aunque con frecuencia este trastorno está subestimado; otras fuentes refieren una prevalencia de hasta un 25% (218 - 219). El predictor más potente de depresión paterna incluye sufrir depresión perinatal o tener antecedentes personales de depresión o ansiedad. Otros factores de riesgo identificados en la evidencia son el desempleo, la falta de apoyo social, edades más avanzadas, factores de estrés económico, incongruencia entre las expectativas y la realidad de la paternidad, y sentimientos de exclusión en cuanto al vínculo afectivo con el bebé. La depresión paterna puede repercutir negativamente en la relación de pareja, con el bebé y con otros niños (cuando proceda), así como también en el rendimiento laboral (218 - 219).

Se ha reconocido la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) como un instrumento de cribado adecuado para detectar la depresión paterna, pero con una puntuación de corte más baja en comparación con los niveles maternos. Esta diferencia se debe a las diferencias de género a la hora de expresar los síntomas de depresión; en especial, los padres no suelen referir episodios de llanto o de tristeza, por lo que sus puntuaciones en la escala de Edimburgo son inferiores (218 - 219).

Algunos signos y síntomas de depresión paterna son mayor probabilidad de pegar al niño, consumir alcohol y/o drogas, expresar ira y cinismo, y experimentar síntomas somáticos como dolor de cabeza, insomnio o náuseas (218 - 219).

Además del cribado, la evidencia recomienda la prevención, así como distintas intervenciones. Algunas estrategias de prevención que han demostrado ser efectivas son la educación y la participación en grupos de apoyo, especialmente aquellos que cuentan con un mediador masculino. Las intervenciones para la depresión paterna, incluyen, entre otras, la terapia cognitivo-conductual, la terapia de grupo y el apoyo entre pares (218 - 219).

La evidencia respalda la necesidad de reconocimiento, valoración, educación (incluida orientación preventiva), prevención, tratamiento y evaluación de la depresión paterna (218 - 219). El permiso de paternidad con derecho a sueldo y los servicios de salud mental para la depresión paterna también están indicados para promover mejores resultados para el padre y la unidad familiar (218 - 219).

Como estrategia de prevención, una revisión de la literatura (*scoping review*) del material publicado sobre la promoción de la salud mental en el posparto dirigida a padres, personalizada y específica de género, incluía las siguientes recomendaciones:

- Organizar o facilitar el acceso a sesiones de posparto orientadas a padres, en horarios que se adapten a su jornada laboral en la medida de lo posible, para fomentar su asistencia.
- Ofrecer sesiones orientadas a padres para mejorar su relación y ofrecer un entorno que promueva el apoyo entre pares.
- Ofrecer sesiones educativas grupales con un formato más práctico e informal, ya que son las preferidas por los padres, según sugiere la evidencia al respecto. Los temas tratados pueden ser cuidado infantil, actividades para reducir el estrés y estilos de vida saludables, entre otros.
- Promover los recursos de personas en situación similar (pares) y en formato virtual, especialmente para padres primerizos (220).

Anexo E: Ejemplos de Herramientas de Cribado de la Depresión Perinatal

Los instrumentos de cribado de la depresión perinatal incluidos en la **Tabla 13** son algunos de los identificados a partir de la literatura basada en la evidencia, pero la lista no es exhaustiva. La tabla recoge una descripción de los componentes de cada cribado y si son específicos de la depresión perinatal.

Los componentes de los instrumentos de cribado de la depresión perinatal varían (56). Muchos instrumentos de cribado incorporan una serie de afirmaciones que reflejan distintos signos o síntomas de depresión, y se pide a las personas que gradúen sus síntomas. Por ejemplo, la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) puede emplearse para determinar si existe un riesgo elevado de depresión y utiliza una lista autoevaluada de síntomas que incluyen sentimientos de culpa, desesperanza, tristeza, falta de concentración, irritabilidad, pérdida de interés en actividades habituales, pensamientos de autolesión o suicidio, además de síntomas físicos como fatiga o cambios de apetito (56). Una síntesis de la evidencia sobre depresión posparto que incluía un análisis de valor mostró que el uso de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) resultaba beneficioso, lo que se tradujo en una mejora de la salud mental en comparación con la atención estándar, si bien no todos los estudios demostraron ser estadísticamente significativos (59).

Las herramientas de cribado ayudan a las enfermeras y al equipo interprofesional a obtener información clínica específica sobre los posibles síntomas de depresión de la persona, lo que a su vez sirve de base para las siguientes fases de valoración y desarrollo del plan de cuidados en colaboración con la persona. Es importante señalar que los instrumentos de cribado enumerados nunca son de naturaleza diagnóstica. En aquellos casos en que la enfermera o el miembro del equipo interprofesional no estén familiarizados con la herramienta, el panel de expertos recomienda buscar apoyo adecuado por parte de su organización o consultar con un experto.

Tabla 13: Ejemplos de Instrumentos de Cribado de la Depresión Perinatal

INSTRUMENTO DE CRIBADO	DESCRIPCIÓN	¿ESPECÍFICO PARA DEPRESIÓN PERINATAL?
<p><i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumento de cribado ampliamente recomendado como primer paso en la detección de la depresión perinatal ■ Es la herramienta de uso más frecuente para el cribado de la depresión perinatal. ■ Escala de 10 preguntas en la que se pide a la persona que puntúe sus síntomas depresivos emocionales en los últimos siete días. ■ La escala de depresión posparto de Edimburgo ha sido validada para su uso tanto en embarazadas como en personas en periodo posparto, hasta incluso un año después del parto. ■ La puntuación total refleja probabilidad de depresión, pero no su gravedad. ■ Una puntuación total de 9-10 tiene valor predictivo positivo (VPP) (es decir, la proporción de valores positivos y negativos da lugar a resultados estadísticos que son verdaderos positivos y verdaderos negativos) de entre el 9 y el 64% de depresión mayor; una puntuación total de 12-13 tiene un VPP de 17-100% (SIGN, 2012, p. 13). ■ Acceso libre sin coste. ■ Redactado para un nivel educativo básico, equivalente a tercer curso de educación primaria (8 años de edad). ■ Probada en distintas culturas para determinar los valores de corte y los niveles de sensibilidad y especificidad asociados. ■ Traducida a múltiples idiomas. ■ Incluye tres secciones (culparse a sí mismo innecesariamente, sentir ansiedad o preocupación sin causa justificada, y sentir miedo o pánico sin causa muy justificada) que han sido validadas como subescalas para la ansiedad (Birmingham et al., 2011). Se ha comprobado que estas mismas tres secciones funcionan igual de bien que el cribado completo, con una sensibilidad del 100% como cribado modificado y condensado, basado en las conclusiones de un estudio trasversal (54) ■ Véanse los Anexos I, J y K para más información sobre la escala de depresión posparto de Edimburgo, su traducción al francés y sobre cómo aplicar e interpretar esta herramienta. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sí ■ Se puede usar para el cribado de la depresión tanto prenatal como posparto

INSTRUMENTO DE CRIBADO	DESCRIPCIÓN	¿ESPECÍFICO PARA DEPRESIÓN PERINATAL?
<i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> (Beck, Steer, Brown, 1996)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumento de cribado que consta de un cuestionario de 21 ítems autoaplicado por el paciente, para valorar síntomas y la gravedad de los síntomas en las últimas dos semanas. ■ Los síntomas se puntúan usando una gradación de mínimo/leve/moderado/grave para reflejar la intensidad. ■ Bien validado. ■ Ofrece una sensibilidad de hasta el 100% para detectar a todas las personas en situación de riesgo mayor. ■ Se debe comprar para acceder. ■ Disponible en diversos idiomas, como inglés, chino, alemán y japonés 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NO ■ Mide los síntomas generales de depresión
<i>Centre for Epidemiological Studies–Depression Scale (CES-D)</i> (Radloff, 1977)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es un cuestionario autoadministrado estructurado en 20 preguntas y con una escala tipo Likert para medir la frecuencia de los síntomas depresivos. ■ Se usa con frecuencia durante la gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NO ■ Mide los síntomas generales de depresión
<i>Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9)</i> (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumento de cribado de la depresión validado y altamente sensible y específico en embarazadas y púerperas. ■ Este instrumento mide la gravedad de los síntomas depresivos según la puntuación total en las siguientes categorías: mínima (puntuación 1-4), leve (puntuación 5-9), moderada (puntuación 10-14), moderadamente grave (puntuación 15-19) y grave (20 – 27). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NO ■ Mide la gravedad de los síntomas depresivos
<i>Postpartum Depression Screening Scale™</i> (Beck & Gable, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Escala autocalificada de 35 ítems, pertenecientes a 7 ámbitos diferentes (sueño y apetito, ansiedad/ inseguridad, labilidad emocional, pérdida de autoestima, deterioro cognitivo, culpa/vergüenza y pensamientos suicidas). ■ También existe una escala abreviada de 7 ítems. ■ Instrumento de cribado efectivo para identificar la depresión posparto y el grado de los síntomas depresivos. ■ Incluye cuestiones introspectivas (p.ej., autoestima, culpa y vergüenza) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ SÍ ■ Solo para la depresión posparto

INSTRUMENTO DE CRIBADO	DESCRIPCIÓN	¿ESPECÍFICO PARA DEPRESIÓN PERINATAL?
<p>Whooley Scale (Whooley, Avins, Miranda, & Brownder, 1997)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empleado como primer paso en la identificación de la depresión perinatal. ■ Escala binaria (respuestas Sí / No) para el cribado de la depresión perinatal, con una pregunta de seguimiento (Pregunta 3) en caso de que la persona responda "Sí" en alguna de las dos primeras preguntas. ■ Pregunta 1: Durante el pasado mes: ¿se ha sentido con frecuencia desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza? ■ Pregunta 2: Durante el pasado mes: ¿ha tenido con frecuencia poco interés o placer en hacer cosas? <ul style="list-style-type: none"> □ En caso de que la persona haya contestado "Sí" en alguna de estas dos preguntas, se puede plantear una tercera: ■ Pregunta 3: ¿Es algo para lo que usted siente que necesita o desea ayuda? ■ Ofrece de forma consistente una alta sensibilidad y moderada especificidad. ■ Es capaz de descartar la depresión para quienes responden "No" en ambas preguntas. ■ Se considera cribado positivo si la persona responde que sí a una o las dos primeras preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NO ■ Mide los síntomas generales de depresión

Fuentes: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:782-786; Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2009; Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Measurement*. 1977;1(3):385-401; Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-613; Beck C, Gable RK. Postpartum Depression Screening Scale™ (PDSS™). Torrance, CA: Western Psychological Services (WPS); 2002; Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-445.

Anexo F: Ejemplos de Herramientas de Valoración de la Depresión Perinatal

Los ejemplos de instrumentos de valoración de la depresión perinatal fueron diversos según la evidencia disponible (40, 56, 65). Estos instrumentos se desarrollaron para valorar en embarazadas la presencia de factores de riesgo psicosociales asociados a trastornos de salud mental, incluida la depresión (65). Sin embargo, no hay suficiente evidencia para apoyar o rechazar el uso de un instrumento de valoración psicosocial para valorar la depresión perinatal (40). En la **Tabla 14** se enumeran algunos ejemplos.

Tabla 14: Ejemplos de Instrumentos de Valoración de la Depresión Perinatal

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	¿ESPECÍFICO PARA DEPRESIÓN PERINATAL?
<p><i>Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) Scale (Spitzer, Kroenke, Williams, Lowe, 2006).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esta escala evalúa a través de 7 ítems los síntomas y la gravedad de la ansiedad en las últimas dos semanas. ■ La ansiedad puede formar parte de los síntomas de depresión. Disponible en: https://patient.info/doctor/generalised-anxiety-disorder-assessment-gad-7 	<ul style="list-style-type: none"> ■ NO ■ Mide los síntomas generales de ansiedad
<p><i>The Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) (Reid, Biringer, Carroll, et al., 1998).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valora los siguientes factores: <ol style="list-style-type: none"> 1. la familia de la persona 2. su historia clínica 3. consumo de sustancias 4. historia de violencia familiar ■ Disponible en: http://www.cmaj.ca/content/cmaj/159/6/677.full.pdf and https://ocfp.on.ca/docs/default-source/cme/alpha_formfeac6c2a6831.pdf?sfvrsn=0 	<ul style="list-style-type: none"> ■ SÍ ■ Mide los factores de riesgo psicosocial para desarrollar una enfermedad mental ■ De aplicación durante el periodo prenatal

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN	¿ESPECÍFICO PARA DEPRESIÓN PERINATAL?
<p><i>The Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) Self-report Questionnaire for Women (Reid, Biringier, Carroll, et al., 1998).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Este cuestionario autoinformado para mujeres valora los siguientes factores: <ol style="list-style-type: none"> 1. la vida familiar de la persona (factores familiares, tensiones recientes, relación con la pareja) 2. su propia vida (sentimientos ante el embarazo, relación con la pareja y con los padres, sentimientos antes de convertirse en madre y criar a un/a niño/a, salud emocional, consumo de drogas y alcohol) ■ Esta herramienta tiene una baja sensibilidad y no puede predecir la depresión en la mayoría de las personas. Sin embargo, sí puede facilitar la comunicación con las personas en cuanto a temas personales y así mejorar los resultados de la atención clínica. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/11cd/5aa10ba7be0c03214c09ac451d79d5fa3ff9.pdf 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sí ■ Mide los factores de riesgo psicosocial para desarrollar una enfermedad mental ■ De aplicación durante el periodo prenatal
<p><i>The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) (Austin, Colton, Priest, et al., 2013).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Este cuestionario sobre riesgos prenatales es una herramienta psicosocial autoinformada con muy buena aceptación que, cuando se usa en combinación con un instrumento de cribado de los síntomas (p.ej., la escala EPDS), puede ayudar a identificar de forma temprana el riesgo de enfermedad mental. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21764399 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sí ■ Válido para su aplicación durante el embarazo, pero no en el posparto

Fuentes: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-613; Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med.* 2006;166:1092-1097; Reid AJ, Biringier JD, Carroll D, et al. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *CMAJ.* 1998;159(6):677-684; Austin MP, Colton J, Priest S, et al. The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women Birth.* 2013;26:17-25.

- Para promover el diagnóstico de la depresión perinatal como trastorno depresivo mayor con inicio en el periparto, la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (SCID-5) se lleva a cabo por profesionales de la salud mental capacitados y familiarizados con los criterios de diagnóstico del DSM-5 (29). La SCID-5 es una guía de entrevista semiestructurada, que puede comprarse a través de la *American Psychiatric Association* (29).

Anexo G: Consideraciones Adicionales para Seleccionar una Herramienta de Cribado de la Depresión Perinatal

Las instituciones sanitarias necesitan determinar qué herramienta utilizar para el cribado de la depresión perinatal en la práctica clínica, de modo que se puedan identificar y monitorizar los síntomas de forma consistente. En el **Anexo E** (ejemplos de instrumentos de cribado de la depresión perinatal), se recogen algunos ejemplos de herramientas de cribado que aparecen en la literatura para la detección de la depresión perinatal.

Para que el cribado de la depresión perinatal sea efectivo, las enfermeras y el equipo interprofesional deben emplear herramientas de cribado reconocidas por su **fiabilidad**^G y validez, y que hayan sido adaptadas para detectar los síntomas de la depresión durante el embarazo y el posparto (53, 61, 221). En el **Anexo E** se incluyen algunos ejemplos de herramientas de cribado frecuentemente identificadas en la literatura revisada; se trata de herramientas diseñadas para su uso durante el periodo perinatal o a lo largo de la vida adulta de la persona.

A continuación, se señalan consideraciones clave para evaluar la idoneidad de las herramientas de cribado de la depresión perinatal para una institución: ámbito de aplicación, puntuación de corte, momento del cribado y la viabilidad y aceptabilidad.

Ámbito de Aplicación

En general, muchas puntuaciones de los instrumentos de cribado no se corresponden con un grado de gravedad de la enfermedad, ya que esto recae fuera del ámbito de la herramienta. Por el contrario, la puntuación total (en relación con la puntuación de corte) es una medida de probabilidad de depresión, las puntuaciones más altas sugieren un mayor riesgo y la necesidad de una valoración posterior o de seguimiento (214). **Un cribado es sólo una herramienta: nunca sustituye el juicio clínico.**

Puntuación de Corte

Todos los instrumentos de cribado tienen una puntuación de corte que indica un resultado positivo o negativo y si está indicado realizar una nueva valoración (61). Los usuarios de los instrumentos de cribado tienen que saber cómo influyen las puntuaciones de corte en los resultados. En general, las puntuaciones más altas suelen demostrar una mayor sensibilidad, de modo que es más probable identificar a las personas en mayor riesgo. En cambio, los instrumentos de cribado que tienen puntuaciones de corte bajas tienden a ofrecer más falsos positivos, donde las personas que no tienen mayor riesgo tienen más probabilidad de obtener un cribado por encima de la puntuación de corte y por tanto de recibir una recomendación para una evaluación adicional o tratamiento (61). Las variaciones en los índices de sensibilidad (verdaderos positivos) y especificidad (verdaderos negativos) en los instrumentos de cribado de la depresión perinatal reflejan diferencias en cuanto a metodología, umbrales de corte, criterios diagnósticos y momento de la intervención (214). Los falsos positivos son reconocidos como algo que preocupa a las personas, las enfermeras y el equipo interprofesional. Se puede identificar erróneamente a personas como deprimidas, con lo que podrían recibir un tratamiento que no necesitan y se pueden sentir estigmatizadas, lo que da como resultado una mayor demanda de servicios de salud mental y, por consiguiente, tiempos de espera más largos (61).

El Momento del Cribado

La evidencia sobre el momento y la frecuencia óptima del cribado de la depresión perinatal es limitada y las conclusiones no son consistentes, como se puede observar en los ejemplos de las siguientes instituciones:

- La *Canadian Pediatric Society* (CPS) recomienda a los médicos mantenerse alerta ante cualquier signo de depresión posparto y anima a los padres/madres a contactar con su médico de atención primaria o con servicios y apoyo para la salud mental (225). Este enfoque refleja la falta de consenso de la CPS sobre los criterios de cribado o la herramienta de cribado y las preocupaciones que se suscitan sobre la posible existencia de falsos positivos, el beneficio limitado del cribado solo para quienes tienen acceso al tratamiento, y la falta de efectos positivos duraderos que se establece en la evidencia.
- La *American Academy of Pediatricians* (AAP) es favorable al cribado de rutina para detectar factores protectores y de riesgo de depresión posparto (224). La AAP reconoce que los pediatras tienen una larga relación con las familias a las que atienden durante muchos años, a lo largo de los cuales tienen múltiples ocasiones para el cribado, de forma que pueden contribuir al desarrollo saludable del niño o la niña (224).
- El *American Congress of Obstetrics and Gynecology* recomienda el cribado de rutina de la depresión como mínimo una vez en el periodo perinatal con un instrumento validado estándar (223).

Los ejemplos hallados en la evidencia también reflejan distintos enfoques en cuanto al momento y la frecuencia del cribado. Por ejemplo:

- De acuerdo con la guía *SIGN Management of Perinatal Mood Disorders* [Manejo de trastornos del estado de ánimo perinatal], se recomienda realizar un cribado periódico de síntomas de depresión posparto, en la primera visita, a las 4-6 semanas y a los 3-4 meses (62). Esto permite realizar varios cribados y por lo tanto ofrece a las personas varias oportunidades de compartir cualquier inquietud que tengan sobre sus cambios de humor, así como también ayuda a identificar a aquellas que estén desarrollando síntomas depresivos durante el periodo posparto.
- Un estudio longitudinal que examinaba la prevalencia de la depresión posparto en los primeros doce meses halló que resulta beneficioso realizar un cribado mensual (226). La tasa más alta de cribados positivos se produjo entre los seis y los doce meses, siendo la mayor prevalencia a los doce meses. En línea con otros estudios, los predictores de cribado positivo de depresión posparto eran bajo nivel económico y educativo.
- Un estudio para determinar el momento óptimo de cribado de la depresión perinatal, para facilitar la derivación y el acceso más oportuno a los servicios, halló que el cribado inmediatamente después del parto era lo más efectivo, frente al cribado prenatal o a las seis semanas después del parto, ya que las participantes del estudio todavía seguían ingresadas y no habían recibido aún el alta (53). En centros sanitarios no terciarios que carecen de servicios y apoyos en materia de salud mental, los investigadores recomendaron el desarrollo de un algoritmo de cribado y la implantación de un cribado periódico de depresión perinatal a las 36 semanas de gestación, y a las dos y seis semanas después del parto, para optimizar la detección de la depresión en las personas en situación de riesgo.

A pesar de estas conclusiones, es necesario contar con más evidencia empírica para determinar las mejores prácticas sobre el momento para el cribado de la depresión perinatal.

Viabilidad y Aceptabilidad del cribado de la Depresión Perinatal

La viabilidad del cribado de la depresión perinatal está bien documentada en la evidencia en diversos ámbitos de la práctica clínica, incluidos la atención primaria y de agudos, los centros de atención comunitaria y los centros de salud pública (59, 227 - 228). El domicilio de la persona es otro posible lugar para el cribado, pudiéndose ofrecer los servicios y las medidas de apoyo de forma presencial, telefónica, a través de internet o de cuestionarios por correo postal, siempre que se disponga de tiempo, espacio, privacidad y seguimiento adecuados, cuando así se indique (58, 227 - 229). El lugar de residencia de la persona puede ser preferible para el cribado antes que el entorno clínico, en el que el ambiente puede ser más ajetreado y menos privado, lo que sugeriría que el lugar puede influir en la aceptabilidad (230).

Se estima que el cribado es aceptable en general para la mayoría de las mujeres embarazadas y en periodo posparto, los miembros del equipo interprofesional y el público en general, cuando lo realiza un profesional sanitario capacitado y emplea instrumentos de cribado válidos (5, 227, 230). Existe la percepción de que el cribado universal es una estrategia para reducir el estigma asociado al cribado de enfermedades mentales (227). La aceptación del cribado reconoce la depresión perinatal como enfermedad mental tratable que afecta a la persona y a su familia. Otros resultados secundarios positivos del cribado son, por ejemplo, mayor conciencia de la depresión perinatal, menos estigma, y aprecio por tener la oportunidad de hablar sobre las respuestas emocionales al convertirse en padre/madre y la transición de rol (230). Sin embargo, otros pueden preferir un enfoque flexible a la hora de compartir sus inquietudes en materia de salud emocional (en lugar de tener que pasar por un cribado en un momento determinado), ya que utilizar un solo instrumento de cribado puede considerarse un obstáculo en el acceso a la atención y a recursos de seguimiento (227).

La aceptabilidad del cribado también depende del enfoque adoptado por el profesional sanitario (230). Se ha observado que los siguientes enfoques son positivos:

- Reconocer que el cribado no es solo utilizar una herramienta de detección, sino más bien es un mecanismo para hablar más en profundidad de la depresión perinatal.
- Profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la persona a la que se realiza el cribado, que no resultan intimidantes ni con prejuicios y que dedican suficiente tiempo para hablar.
- Los profesionales sanitarios que explican el porqué del cribado.
- Ofrecer una explicación de los resultados del cribado y asegurar valoraciones de seguimiento y derivaciones, accesibles y realizados a su debido tiempo.

Anexo H: Respuesta ante un Riesgo Identificado de Suicidio Materno

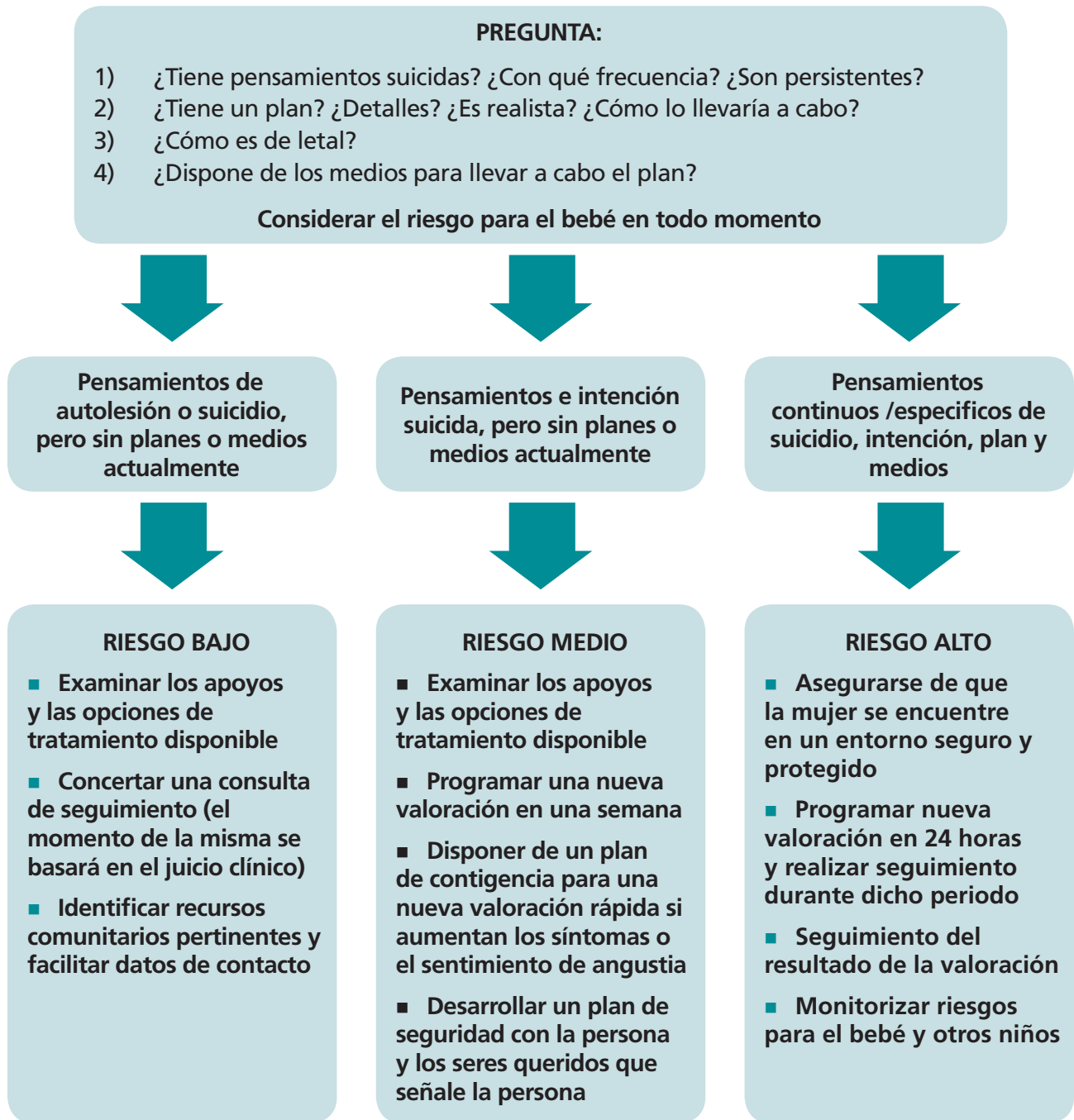
Dentro de la valoración de depresión perinatal, es preciso evaluar la ideación suicida. Esto comprende cualquier pensamiento suicida activo (p.ej., pensamientos sobre hacerse daño) o pasivo (p.ej., pensamientos de dormirse y no despertar más). También se debe explorar la ideación homicida (pensamientos, consideraciones o planes para matar a otra persona). En caso de identificar tanto ideación suicida como homicida estaría justificada una evaluación psiquiátrica de urgencia (231). La muerte por suicidio en el periodo perinatal es una causa de mortalidad más frecuente que la hemorragia posparto o que trastornos hipertensivos del embarazo, llegando a producirse en 11 de cada 100.000 partos (231).

La valoración del riesgo de suicidio puede incluir lo siguiente:

- Preguntas sobre el acceso de la persona a armas.
- Consumo actual de drogas o alcohol.
- Planes inmediatos de autolesión.
- Antecedentes de intentos de suicidio (143).
- Los resultados de la valoración de suicidio pueden determinar el nivel de riesgo e indicar la necesidad de consulta urgente con un especialista en salud mental. Es necesario contar con protocolos para cada nivel (143). En casos en los que una persona refiera riesgo de suicidio, es preciso informar inmediatamente al profesional que realizó el cribado (si no es la misma persona) (143).

La **Figura 6** representa algunos principios generales para responder a los pensamientos o la ideación suicida. Se deben adaptar las vías asistenciales y de derivación a las circunstancias individuales y los recursos locales, y estar fundamentados en el juicio clínico. Se puede consultar otros recursos y recomendaciones de buenas prácticas en la GBP de RNAO (2009) *Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida*, disponible en <http://RNAO.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>

Figura 6: Respuesta ante un Riesgo Identificado de Suicidio Materno



Fuente: Adaptado de Beyondblue. Clinical practice guidelines for depression and related disorders—anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis—in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. Melbourne (AU): Beyondblue; 2011, p. 32.

Anexo I: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha sentido recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solo hoy.

Por ejemplo:

Me he sentido feliz:

- Sí, todo el tiempo No, no a menudo
 Sí, la mayor parte del tiempo No, en absoluto

Esto significaría: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana". Complete las otras preguntas de la misma forma.

En los últimos 7 días:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

- Tanto como siempre
 Algo menos que antes
 Mucho menos
 No, no he podido

2. He esperado el futuro con ilusión:

- Tanto como siempre
 Algo menos que antes
 Mucho menos que antes
 Casi nada

*3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, nunca

4. He sentido ansiedad o preocupación sin motivo:

- No, en absoluto
 Casi nunca
 Sí, a veces
 Sí, con frecuencia

*5. He sentido miedo o pánico sin un buen motivo:

- Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, en absoluto

*6. Las cosas me agobian:

- Sí, la mayor parte del tiempo no he sido capaz de afrontarlas
 Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
 No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
 No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre

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

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, en absoluto

*8. Me he sentido triste o desgraciada:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, con bastante frecuencia
 No muy a menudo
 No, en absoluto

*9. He sido tan infeliz que me he echado a llorar:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, con bastante frecuencia
 Solo de vez en cuando
 No, nunca

*10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

- Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, en absoluto

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Debe obtenerse un permiso escrito del Royal College of Psychiatrists para copiar y distribuir a otros o para volver a publicar este texto (en forma impresa, en línea o por cualquier otro medio).

Anexo J: Escala de depresión posparto de Edimburgo

Este anexo es una réplica del **Anexo I** en su versión en francés.

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui:

Voici un exemple:

Je me suis sentie heureuse:

- Oui, tout le temps Non, pas très souvent
 Oui, la plupart du temps Non, pas du tout.

Ceci signifiera "je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler". Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler

- | | | |
|---|--|---|
| <p>1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aussi souvent que d'habitude <input type="checkbox"/> Pas tout-à-fait autant <input type="checkbox"/> Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci <input type="checkbox"/> Absolument pas | <p>4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non, pas du tout <input type="checkbox"/> Presque jamais <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Oui, très souvent | <p>*7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Pas très souvent <input type="checkbox"/> Non, pas du tout |
| <p>2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Autant que d'habitude <input type="checkbox"/> Plutôt moins que d'habitude <input type="checkbox"/> Vraiment moins que d'habitude <input type="checkbox"/> Pratiquement pas | <p>*5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, vraiment souvent <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Non, pas très souvent <input type="checkbox"/> Non, pas du tout | <p>*8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps <input type="checkbox"/> Oui, très souvent <input type="checkbox"/> Pas très souvent <input type="checkbox"/> Non, pas du tout |
| <p>*3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps <input type="checkbox"/> Oui, parfois <input type="checkbox"/> Pas très souvent <input type="checkbox"/> Non, jamais | <p>*6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations <input type="checkbox"/> Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude <input type="checkbox"/> Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations <input type="checkbox"/> Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude | <p>*9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps <input type="checkbox"/> Oui, très souvent <input type="checkbox"/> Seulement de temps en temps <input type="checkbox"/> Non, jamais |
| | | <p>*10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui, très souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Presque jamais <input type="checkbox"/> Jamais |

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Anexo K: Aplicación e Interpretación de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo

La escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) puede aplicarse a mujeres embarazadas o que hayan tenido un bebé en el último año y en quienes se hayan identificado síntomas de depresión de forma subjetiva u objetiva.

Instrucciones para aplicar la EPDS:

1. La EPDS debe aplicarse en persona.
2. Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que la madre complete la escala por sí misma y donde ella pueda sentir que puede responder a las preguntas con honestidad.
3. Las madres pueden necesitar ayuda para completar la EPDS si tienen dificultades para leer o comprender el idioma.
4. Se deben completar las 10 preguntas del cuestionario.
5. La madre o el profesional sanitario correspondiente deben marcar la casilla de respuesta que mejor describa el sentimiento de la participante a lo largo de la última semana.
6. Se puede aplicar la EPDS en cualquier momento durante el embarazo y dentro del primer año después del parto.

Ejemplos de frases para comenzar

Por favor, responda a estas preguntas de la forma más abierta y honesta que le sea posible. No es fácil ser madre reciente y no pasa nada por sentirse infeliz a veces. Como ha tenido un bebé hace poco, nos gustaría saber cómo se siente. Por favor, indique la respuesta que más se aproxime a cómo se ha sentido durante los últimos días, no sólo a cómo se siente hoy.

Puntuación de la EPDS

Cada respuesta se puntúa con 0, 1, 2 o 3 en función de la gravedad de los síntomas. Calcular la puntuación total sumando el resultado de cada uno de las preguntas.

Las PREGUNTAS 1, 2 y 4 (sin *) se puntúan 0, 1, 2 o 3, donde la primera respuesta es 0 y la última es 3.

Las PREGUNTAS 3, 5 a 10 (marcadas con *) se puntúan a la inversa, donde la primera respuesta es 3 y la última es 0.

Puntuación máxima: 30

Prestar siempre atención a la pregunta 10 (pensamientos suicidas)

Interpretación de la EPDS

1. La puntuación de la EPDS se debe considerar en conjunción con la valoración del profesional sanitario.
2. Una puntuación de 13 o más indica la probable existencia de síntomas depresivos.
3. Una puntuación de 10 o más indica posible depresión.
4. La puntuación no refleja la gravedad de los síntomas.
5. Es preciso tener cuidado al interpretar el resultado de madres cuya primera lengua no es inglés y/o que usan el inglés como idioma complementario o que son multiculturales.
6. Si una madre obtiene una puntuación positiva (1, 2 o 3) en la pregunta 10, se debe realizar inmediatamente una valoración con más profundidad sobre ideación de autolesión. Véase el **Anexo H** (Respuesta ante un riesgo identificado de suicidio materno) para consultar ejemplos de intervención en respuesta a un riesgo identificado de suicidio.
7. Las preguntas 3, 4 y 5 (es decir, las relativas a culparse a sí misma innecesariamente, sentir ansiedad o preocupación sin causa justificada, y sentir miedo o pánico sin causa muy justificada) han sido validadas como una subescala para la ansiedad.
8. Seguir el protocolo de la agencia/la organización en cuanto a la puntuación.
9. Tener siempre en cuenta que la EPDS es solo una herramienta. Si su propio juicio clínico indica algo distinto de lo marcado por la EPDS, continuar con valoraciones de seguimiento según proceda.

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10- item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Debe obtenerse un permiso escrito del Royal College of Psychiatrists para copiar y distribuir a otros o para volver a publicar este texto (en forma impresa, en línea o por cualquier otro medio).

Anexo L: Recursos Adicionales

A continuación, se incluye una lista de recursos que no es exhaustiva, sino más bien una selección de los identificados en la revisión sistemática, las guías evaluadas en el marco de AGREE II, y las valoradas por el panel de expertos o la información proporcionada por partes de interés externas. La inclusión de una determinada herramienta en esta lista no significa que la RNAO la avale.

Se incluyen enlaces a sitios web ajenos a RNAO únicamente con fines informativos, que se consideran actualizados en el momento de la publicación. RNAO no se hace responsable de la calidad, la exactitud, la fiabilidad o la vigencia de la información facilitada a través de estos recursos. Además, RNAO no ha determinado hasta qué punto se han evaluado esos recursos. Cualquier pregunta relacionada con estos recursos deberá dirigirse directamente a la fuente original.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	
Registered Nurses' Association of Ontario. Policy and political action. Social determinants of health. [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2013.	www.rnao.ca/sdh
Centre for Effective Practice. Poverty: A clinical tool for primary care providers [Internet]. [place unknown]: Centre for Effective Practice; 2016.	https://thewellhealth.ca/poverty/
Canadian Centre on Substance Abuse. Trauma-informed care toolkit [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Centre on Substance Abuse; 2014.	http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Trauma-informed-Care-Toolkit-2014-en.pdf#search=trauma%20informed%20toolkit
ATENCIÓN A INDÍGENAS	
BC Reproductive Mental Health Program. Celebrating the circle of life: Coming back to balance and harmony [Internet]. Vancouver (BC): BC Reproductive Mental Health Program; 2011.	http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Resources/Aboriginal/CircleOfLife/CircleOfLifeIntro.PDF
Aboriginal Health Initiative Committee. First Nations, Inuit, and Métis maternal health. In: Aboriginal Health Initiative Committee. Health professionals working with First Nations, Inuit, and Métis consensus guideline. J Obstet Gynecol Canada. 2013;6(35):S33-S36.	
https://sogc.org/files/HealthProfessionalsWorkingWithFirstNations,Inuit,andMetisConsensusGuideline2013.pdf	

ATENCIÓN A INDÍGENAS	
Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre. Ontario Indigenous Cultural Safety Program [Internet]. Owen Sound (ON): Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre; 2014.	http://soahac.on.ca/ICS-training/
ATENCIÓN A RECIÉN LLEGADOS A CANADÁ	
Best Start Resource Centre. Giving birth in a new land: Strategies for service providers working with newcomers [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Center; 2009.	https://www.beststart.org/resources/rep_health/Newcomer_%20Guide_Final.pdf
Best Start Resource Centre. Growing up in a new land. Strategies for working with newcomer families [Internet]. Toronto (ON): Best Start Resource Center; 2010.	https://www.beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/pdf/Growing_up_new_land_FINAL.pdf
RECURSOS IMPRESOS SOBRE DEPRESIÓN PERINATAL EN VARIOS IDIOMAS (DESCARGA GRATUITA)	
Toronto. Emotional help during pregnancy and after birth [Internet]. Toronto (ON): City of Toronto; 1998 – 2018.	https://www.toronto.ca/community-people/children-parenting/pregnancy-and-parenting/pregnancy/during-pregnancy/emotional-health/
Postpartum Support International. Multi-language resources [Internet]. Portland (OR): Postpartum Support International; undated.	http://www.postpartum.net/professionals/multi-language-resources/
Office on Women’s Health. Postpartum depression [Internet]. Washington (DC): US Department of Health & Human Services; 2018.	https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression

APOYO Y CONCIENCIACIÓN FRENTE A LA DEPRESIÓN PERINATAL

<p>Postpartum Mood Disorder Project. Northern Ontario Postpartum Mood Disorder Project [Internet]. Nipissing (ON): Postpartum Mood Disorder Project; 2012-2015.</p>	<p>http://postpartumresource.com/</p>
<p>Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Mensah G, Singh T. Evidence brief: Exploring interventions to address perinatal mental health in a public health context. Toronto (ON): Queen's Printer for Ontario; 2016.</p>	<p>https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Evidence_Brief_Perinatal_Mental_Health_2017.pdf</p>
<p>National Perinatal Association. NPA advocacy [Internet]. Lonedell (MO): National Perinatal Association; 2016.</p>	<p>http://www.nationalperinatal.org/advocacy</p>

Anexo M: Descripción de la *Herramienta*

Las GBP sólo pueden implantarse con éxito si la planificación, los recursos, los apoyos institucionales y administrativos son los adecuados y se cuenta con los medios precisos. Con el fin de promover la implantación exitosa, un panel de enfermeras expertas de RNAO, investigadores y gestores han desarrollado la *Herramienta de implantación de guías de buenas prácticas. Segunda Edición* (1). Esta *Herramienta* se basa en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos su uso de cara a la implantación de cualquier guía de buenas prácticas, clínicas o de entornos laborales saludables, en una institución de salud.

La *Herramienta* proporciona unas directrices paso a paso para las personas y los grupos encargados de planificar, coordinar y facilitar la implantación de la guía. Estos pasos reflejan un proceso que es dinámico e iterativo en lugar de lineal. Por lo tanto, en cada fase es fundamental preparar las siguientes y reflexionar sobre las anteriores.

En concreto, la *Herramienta* se ocupa de los siguientes pasos clave, como se ilustra en el marco "Del Conocimiento a la Acción" (149):

1. Identificar el problema e identificar, revisar y seleccionar el conocimiento (la GBP adecuada).
2. Adaptar el conocimiento al contexto local:
 - Evaluar las barreras y facilitadores para el uso del conocimiento; e
 - Identificar recursos
3. Seleccionar, adaptar e implantar las intervenciones.
4. Monitorizar el uso del conocimiento.
5. Evaluar los resultados.
6. Mantener el uso del conocimiento.

La implantación de las guías para lograr cambios satisfactorios en la práctica y un impacto clínico positivo es una tarea compleja. La *Herramienta* constituye un recurso fundamental para gestionar este proceso. Se puede descargar en www.RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition

Apoyos



Association of
Ontario Midwives
Delivering what matters.

31 de octubre de 2016

Dr. Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), Dr (hc), FAAN, O.NT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Estimada Doris:

En nombre de la *Association of Ontario Midwives* (AOM), me complace manifestar el apoyo de la AOM a la oportuna y completa Guía de buenas prácticas de RNAO *Valoración e intervenciones para la depresión perinatal, segunda edición*. Con este enfoque basado en la evidencia sobre la importancia de la atención clínica para las personas que están en riesgo de padecer o que han desarrollado depresión perinatal, esta guía beneficiará a las personas embarazadas y a sus familias, al personal de enfermería, a otros proveedores de atención sanitaria, a las organizaciones, a la investigación, a la formación y a los sistemas sanitarios y las políticas de salud.

La AOM es la organización profesional que representa a las matronas y la práctica de los cuidados obstétricos en la provincia de Ontario. Hay más de 700 matronas registradas en Ontario, que atienden a distintas comunidades en 100 centros en toda la provincia. Trabajamos para promover la profesión de las matronas como proveedoras de atención materna primaria sobre la base de los principios de preferencia para elegir el lugar de nacimiento, la continuidad asistencial y las elecciones informadas. La GBP de RNAO de recomendaciones basadas en la evidencia que abordan la depresión perinatal en la práctica clínica es un documento de traslación de conocimientos que ayudará a los profesionales sanitarios, sus asociaciones y grupos de apoyo a trabajar para crear mejores resultados para las personas con depresión perinatal. En este sentido, consideramos que esta guía sobre las mejores prácticas es una importante contribución que repercutirá positivamente en la labor de enfermeras y otros profesionales sanitarios para que presten una atención de la más alta calidad a todos los usuarios/pacientes.

Creemos que la GBP de RNAO *Valoración e intervenciones para la depresión perinatal, segunda edición* nos ayudará a mejorar la calidad asistencial para los canadienses que hacen uso de los servicios de atención sanitaria.

Un cordial saludo,

Kelly Stadelbauer RN, BScN MBA
Executive Director, AOM

365 Bloor St. E., Suite 800 | Toronto, ON M4W 3L4 | T. 416.425.9974 1.866.418.3773 | F. 416.425.6905 | AOM.on.ca



6 de abril de 2017

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (hon), O.ONT.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)
158 Pearl St.
Toronto, ON M5H 1L3

Carta de apoyo – Guía sobre buenas prácticas en enfermería: depresión perinatal

Estimada Dra. Grinspun:

La *Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses* (CAPWHN) se complace en ofrecer su apoyo y aval a la última edición de la guía sobre depresión perinatal de la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO). Como ya sabrán, la CAPWHN tiene el cometido a nivel nacional de promover la excelencia en la atención para mejorar la salud de la mujer, mediante el liderazgo, la educación, la promoción y la colaboración. Creemos que *Valoración e intervenciones para la depresión perinatal* es una guía de alta calidad basada en la evidencia. Será un recurso útil para las enfermeras y otros profesionales de la salud para efectuar adecuadamente el cribado y la valoración de la depresión perinatal, y para prestar la mejor atención posible a las mujeres embarazadas y en posparto y a sus familias.

Las consideraciones generales y las recomendaciones basadas en la evidencia recogidas en su guía de mejores prácticas están muy en línea con nuestros propios principios rectores. Felicitamos a la RNAO por alentar a las enfermeras y otros proveedores de atención sanitaria a abogar por una elección informada y una atención centrada en la familia para las mujeres, los recién nacidos y las familias canadienses.

Sinceramente,

Sharon Dore, RN PhD
President
Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses

Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses
Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes
2781 chemin Lancaster Road, Suite 200, Ottawa, ON K1B 1A7
Tel/Tél.: 1-800-561-2416 or/ou 613-730-4192 Ext/Poste 266 Fax/Télé.: 613-730-4314
www.capwhn.ca

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de buenas prácticas

Este proyecto cuenta con la financiación del
Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario.

FOR PLACEMENT ONLY



ISBN 978-1-926944-71-5



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario