

I N F E R M E R I A



escoles universitàries  
**g i m b e r n a t**



ADSCRITA A LA **UAB**

CEI  
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA  
INTERNACIONAL

# **Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernata**

**Trabajo de final de Grado  
Curso académico 2016-2017**

**Impacto psicológico en la mujer durante el  
embarazo, parto y puerperio.  
Una revisión de la literatura.**

**Autor/a: Tamara Ruiz Chamorro  
Tutor: Joaquín Tomás Sabado**

**Sant Cugat del Valles, Junio de 2017**

# ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

## GRAU D'INFERMERIA

### PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

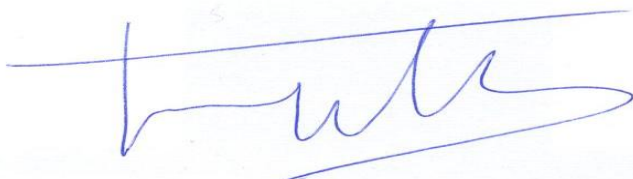
Nom i Cognoms autor/a: Tamara Ruiz Chamorro

Títol treball: Impacto psicológico en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.  
Una revisión de la literatura

Nom i cognoms tutor/a: Joaquín Tomás Sábado

**Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de : Juny**

(signatura)



Sant Cugat del Vallès, 24/05/2017

## ÍNDICE

	PAGINA
1. RESUMEN / ABSTRACT.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1. JUSTIFICACIÓN.....	4
2.2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO CONCEPTUAL.....	7
3.1. Anatomía y fisiología.....	7
3.2 Principales alteraciones psicológicas y emocionales durante el embarazo, parto y puerperio.....	10
3.2.1. ANSIEDAD.....	10
3.2.2. ESTRÉS.....	13
3.2.3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	15
3.2.4. TRASTORNOS ALIMENTARIOS.....	16
3.2.5. DEPRESIÓN.....	16
3.3. Factores de riesgo.....	23
3.4. Estrategias para la prevención e intervención terapéutica.....	25
4. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.....	27
4.1. Diseño.....	27
4.2. Criterios de elegibilidad.....	28
4.3. Estrategia de búsqueda.....	29
5. CONCLUSIONES.....	39
6. AGRADECIMIENTOS.....	40
7. BIBLIOGRAFÍA.....	41
8. ANEXOS.....	47

## 1. RESUMEN / ABSTRACT

---

### RESUMEN

El embarazo es conocido como un proceso de cambio constante para la madre. Estos cambios son tanto hormonales como fisiológicos, e incluso sociales, que afectan a la madre durante todo el proceso hasta el puerperio. Dichas alteraciones pueden llegar a provocar algunos cambios psicológicos o mentales juntamente con otros factores externos. Así pues, en este trabajo se realiza una revisión de la literatura relevante para determinar los cambios psicológicos que se producen en la mujer a lo largo del embarazo, parto y puerperio, e identificar las alteraciones más prevalentes y el tratamiento más eficaz de las mismas.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión, depresión posparto, estrés, ansiedad, parto, posparto, embarazo, factores de riesgo, prevención.

### ABSTRACT

Pregnancy is known as a process of constant change for the mother. These changes are both hormonal and physiological, and even social, that affect the mother throughout the process until the puerperium. Such alterations may lead to some psychological or mental changes along with other external factors. Thus, in this work, a review of relevant literature is conducted to determine the psychological changes that occur in women throughout pregnancy, childbirth and puerperium, and to identify the most prevalent alterations and the most effective treatment of them.

**KEY WORDS:** Depression, postpartum depression, stress, anxiety, childbirth, postpartum, pregnancy, risk factors, prevention.

## 2. INTRODUCCIÓN

---

### 2.1. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo pretende dar a conocer los diferentes aspectos psicológicos que se ven alterados durante el embarazo, parto y puerperio, a la vez que se quiere mostrar aquellos factores de riesgo que pueden llegar a originar algún trastorno importante durante este proceso fisiológico y su prevención.

Según la Organización mundial de la Salud [OMS], el embarazo es el periodo de tiempo de aproximadamente nueve meses en los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Para la mayoría de ellas, este es un tiempo de gran felicidad, pero durante el proceso, tanto la madre como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios, por eso es importante el seguimiento de los embarazos por el personal sanitario cualificado (1). Estos riesgos pueden llegar a provocar a la madre cierto desequilibrio psicológico que afecta al desarrollo y final del embarazo (2).

Actualmente, se conocen algunos de los factores que pueden llegar a originar estas situaciones, por lo que se está proporcionando una atención íntegra a las mujeres antes, durante y después del parto, ayudando así a obtener un fácil acceso a los servicios de salud de calidad siempre que lo necesiten. Esta atención integrada del embarazo y parto se la conoce como “IMPAC” [del inglés: "*Integrated Management of Pregnancy and Childbirth*"], y está pensada para entender las preocupaciones y problemas de salud de cada mujer, independientemente de su etnia o religión (3).

Partiendo de la premisa de que cada individuo es único, y los cuidados dados por el personal sanitario se tienen que adaptar a las necesidades de éste en el momento en el que precisa atención, es importante detectar las alteraciones psicológicas de la mujer embarazada, para poderle ofrecer una atención ajustada a sus necesidades (2). A esta filosofía denominada holismo, que según la “*Real Academia de la lengua Española*” [RAE], constituye aquella

doctrina que ensenya la concepció de cada realitat com un tot diferent de la suma de les parts que el componen, és dir, que tot organisme ha de ser estudiat no com la suma de les parts sinó com una totalitat organitzada, de manera que aquesta totalitat estudiada permet distingir i comprendre les parts (4).

La part espiritual i psicològica de la persona es tracta en l'àmbit de salut en alguns serveis especialitzats, com per exemple, la unitat de cures paliatives, oncologia o cures intensives. Per un costat, les emocions negatives d'ansietat, ira, tristesa o depressió són adaptatives per a l'individu, però en ocasions trobem reaccions patològiques com conseqüència d'un desajust en la freqüència o intensitat de dites emocions (5), que poden desencadenar en un trastorn de salut, mental o físic. Per això, s'ha de prestar atenció i vigilar fins i tot quan no hi ha existència de malaltia patològica, per preservar la salut de la dona i prevenir possibles alteracions (6, 7).

El problema que es troba a l'hora de prevenir aquestes patologies derivades d'emocions o sentiments, és la dificultat per reconèixer i detectar alteracions. Això sol passar degut a una manca d'eines, per desinformació en quant a la repercussió en la salut, els professionals no aconseguen adentrar-se en l'interior de les persones que tenen a càrrec, o tan sols identifiquen les necessitats visibles, sense investigar el seu origen. És important que tals canvis siguin valorats i atesos des del primer moment en que es diagnostiquen a través d'intervencions com l'escolta activa, la presència o el contacte. Un ambient de confiança i seguretat ajuda a l'individu a expressar la seva situació (6).

S'entén que una recopilació de coneixements científics sobre el impacte psicològic durant l'embaràs, part i postpart, aporta des del punt de vista sanitari, la importància de que els professionals infermers sàpiguin detectar certes situacions, preocupacions o estils de vida que poden portar a l'usuària a tenir alguna alteració psicosocial.

Por otro lado, desde el punto de vista económico y administrativo, se busca la optimización de los recursos, así como la minimización de los costes. Por tanto, sería interesante la reducción del número de visitas a consultas, y la demanda a los servicios de urgencia. De esta manera se reducirían los gastos y se podría dar ayuda a aquellas mujeres que requieran de unos cuidados individualizados específicos (7).

Personalmente, he decidido decantarme por este ámbito de estudio a la hora de realizar este trabajo de final de grado, debido a mi inclinación personal y preferencia ante cualquier otro tipo de servicio sanitario. Centrándome en el aspecto psicológico y su impacto durante el embarazo, parto y puerperio de la mujer, para poder llegar a entender su pensamiento, miedos, y posibles alteraciones psicológicas que pueden llegar a suceder en cualquier embarazo, y prevenirlas.

## **2.2. OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura relevante para determinar los cambios psicológicos que se producen en la mujer a lo largo del embarazo, parto y puerperio, e identificar las alteraciones más prevalentes y el tratamiento más eficaz de los mismos, que se derivan de la evidencia científica.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

---

#### 3.1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El embarazo es el período de tiempo comprendido entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. Este proceso dura un total de 40 semanas aproximadamente (8, 9).

Para poder explicar y entender el embarazo, procesos y cambios que se producen, hay que entender la anatomía del aparato reproductor femenino, donde se desarrollará el feto. Está formado por:

- Los ovarios: lugar de formación de los gametos u óvulos [*ovogénesis*].
- Las trompas de Falopio: transportan al óvulo para la fecundación.
- El útero: lugar de implantación del ovulo fecundado, donde se desarrolla el feto durante el embarazo.
- La vagina: recibe al pene durante la relación sexual y es la vía de paso del parto.
- Los genitales externos.
- Glándulas mamarias, consideradas parte del sistema tegumentario como del sistema reproductor femenino. Sintetizan, secretan y eyectan leche para alimentar al recién nacido (8).

Durante el periodo de edad reproductivo, las mujeres no embarazadas manifiestan ciclos de cambios en los ovarios, útero y secreción hormonal, ya que el cuerpo se prepara para poder engendrar un bebé. Este ciclo reproductor femenino dura alrededor de un mes, y también se le conoce como menstruación (8, 10). Cuando el óvulo no es fecundado, éste se degenera y se expulsa en la nueva fase menstrual del siguiente ciclo (11).



En el caso de que sí haya fecundación, ambos gametos, uno femenino y otro masculino, se unen, e intercambian información genética, originando una célula diploide o cigoto [ $2n = 46$  cromosomas] que empieza a dividirse (11). La progesterona y los estrógenos se mantienen y promueven el crecimiento y enrollamiento de las glándulas endometriales, la vascularización del endometrio superficial y su engrosamiento. Debido a esto, las glándulas endometriales empiezan a segregar glucógeno. Después de una semana, el óvulo fecundado llega al útero, lugar donde se implante y crece (8, 12).

Después de estas aproximadamente 40 semanas de embarazo, llega el momento del parto, proceso natural y fisiológico mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno. Las formas de dar a luz han sido diversas y cambiantes al largo de la historia, pudiendo ofrecer ahora a la mujer un amplio abanico de posibilidades a escoger según sus gustos y creencias a la hora del parto (13). Normalmente, en ausencia de complicaciones el parto consta de tres fases:

- **Primera etapa:** dilatación, se divide en dos fases.
  - La fase latente comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y duración, y se acompaña de borrado cervical y progresión lenta de la dilatación hasta los 2 o 4 cm.
  - La fase activa se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación (10).
- **Segunda etapa:** periodo expulsivo, es aquella que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa y el momento en que se produce la expulsión fetal. Se subdivide en dos fases:
  - El periodo expulsivo pasivo o dilatación completa del cuello en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo.
  - El periodo expulsivo activo, cuando el feto es visible, existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa, pujos

maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo (10).

- **Tercera etapa:** alumbramiento, transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta, siendo la mayor complicación en este periodo la hemorragia post parto [*HPP*]. El grado de pérdida sanguínea se asocia con la rapidez con que la placenta se separa del útero y con la efectividad de la contracción uterina. La duración de la tercera etapa del parto es importante porque la prevalencia de la “*HPP*” se incrementa cuando su duración se alarga. La duración de la tercera etapa del parto se considera prolongada si no se completa en los 30 minutos posteriores al nacimiento del neonato con manejo activo y 60 minutos con el alumbramiento espontáneo (8, 12).

Posteriormente, después del proceso de parto, tenemos el puerperio, que es el periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto, en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, aproximadamente 35-40 días, que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo. Se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que lleva a cabo una involución puerperal (8, 13).

La involución, especialmente del aparato genital, y el establecimiento de la lactancia, son los hechos más característicos del puerperio, condicionando en general esta última que no se recupere el ciclo menstrual hasta al cabo de unos meses, incluso años, si la lactancia es a demanda y prolongada (14).

El puerperio comprende diferentes etapas:

- **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas después de parto.
- **Puerperio mediano:** se extiende desde el segundo al décimo día.
- **Puerperio alejado:** concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- **Puerperio tardío:** puede abarcar desde los 45 días hasta un límite impreciso si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada (14).

### **3.2. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

Durante el proceso fisiológico del embarazo, la mujer experimenta tanto cambios físicos como hormonales. Estas alteraciones, junto a otros factores externos pueden llegar a provocar alteraciones o trastornos psicológicos.

Se ha observado que la vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastornos mentales se puede incrementar en periodos específicos de su vida reproductiva, como serían: la adolescencia, el embarazo, el postparto y la perimenopausia. Esto se debe a los cambios hormonales, las alteraciones de los neurotransmisores. De igual manera, existe una serie de factores psicológicos, sociales y culturales que hacen a la mujer más vulnerable en relación a los problemas emocionales durante diferentes etapas de la vida reproductiva (15). El embarazo y el puerperio son ampliamente considerados los períodos de mayor vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos (16).

Las alteraciones psicológicas más conocidas y prevalentes son la ansiedad, el estrés, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos alimentarios y la depresión. Estos trastornos tratados a tiempo, tienen un índice de sanación mayor que aquellos que no se detectan a tiempo (9).

#### **3.2.1 ANSIEDAD**

Algunos estudios han demostrado que la incidencia de trastornos de ansiedad es la misma en mujeres embarazadas y aquellas que no están embarazadas, pero es mayor entre las mujeres jóvenes y con menos estudios (16).

Normalmente, la ansiedad va acompañada de depresión, pero se ha visto que la ansiedad en el postparto, en ausencia de depresión, podría estar presente en alrededor de un 10% de las mujeres (17).

Los niveles de ansiedad varían normalmente durante el embarazo, con picos en el primer y tercer trimestre, y se enfocan específicamente a las preocupaciones en la salud infantil y el bienestar y el parto (9). De hecho, durante el embarazo, la ansiedad se asocia con un mayor número de visitas al obstetra, visitas relacionadas con miedo al parto y a las contracciones (18).

Investigaciones recientes indican que la ansiedad en el embarazo no tiene efectos en el peso al nacer, no afecta a movimientos fetales o a la frecuencia cardíaca fetal (9), pero presentan mayor riesgo de parto prematuro (18).

Se ha hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos. La presencia de ansiedad materna en la segunda mitad del embarazo puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño, cambios que lo harán más vulnerable. Por estas complicaciones, las mujeres embarazadas generalmente son alentadas a modificar su autocuidado y hábitos personales para asegurar una salud materna y fetal óptima (9), mediante la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de esta alteración (18).

La presencia de ansiedad postnatal, se asocia a experiencias de parto negativas, complicaciones durante el embarazo, acontecimientos vitales negativos, ansiedad perinatal, dolor y dificultad para afrontar el parto (17). Pero, la ansiedad también puede tener valor adaptativo para impulsar a las mujeres a prepararse para una transición vital importante, para asumir el nuevo rol y para desarrollar conocimientos acerca de la salud neonatal e infantil (9).

Las madres que lactan describen con mayor frecuencia un estado de bienestar y menor ansiedad interactuando de forma más positiva con sus bebés, dirigiéndoles más caricias y sonrisas, que aquellas que utilizan lactancia artificial. La falta de contacto con su madre tras el nacimiento conlleva tener una mayor probabilidad de sufrir en la edad adulta al estrés o la ansiedad. De la misma manera, favoreciendo el contacto íntimo madre-hijo tras el nacimiento, se produce una elevación de los niveles de oxitocina, y por tanto una menor probabilidad a sufrir ansiedad o estrés. (18).

El factor social adquiere un papel principal en la presencia de ansiedad, a la vez que la participación en el cribado genético prenatal y el diagnóstico también pueden generar alteraciones psicológicas, ya que dependiendo de la clase social o nivel económico, es difícil para las mujeres asegurar una nutrición adecuada para sí mismas (9).

La ansiedad, se asocia a la falta de comunicación con la pareja, no aceptación del embarazo, escasa información referida al embarazo y cuidado del hijo, insomnio, depresión, otros síntomas somáticos, y disfunción social. La fatiga se puede asociar a depresión y ansiedad pudiendo repercutir en la calidad de vida de la gestante (19).

La ansiedad puede ser modificada por un asesoramiento genético cualificado y apoyo psicosocial, pero puede persistir, sobre todo cuando hay un intervalo largo entre la prueba y el resultado que se hace disponible (9).

Aquellas pacientes que han experimentado una pérdida previa del embarazo tenían una ansiedad y una depresión significativamente más grandes que las mujeres que no han tenido dicha vivencia, tanto por el dolor sobre la pérdida anterior como por la percepción de sus bebés, como por otros problemas de salud derivados del primero. Por tanto, la ansiedad es probable que sea mayor en mujeres que saben que el desarrollo intrauterino está comprometido, es decir un embarazo de riesgo (9).

La ansiedad es una respuesta emocional ante un estímulo o amenaza no identificados, que se caracteriza por la presencia de sentimientos de inquietud, excitación e inseguridad en grados variables. La prevalencia y la frecuencia de la ansiedad son mayores que las de la depresión en todas las etapas del embarazo. Alrededor del 54% de las mujeres presentan ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más frecuente y más grave en el primer y el tercer trimestre (20).

### 3.2.2. ESTRÉS

El estrés es una respuesta adaptativa física y psicológica ante las demandas y amenazas del entorno. Sus características dependen totalmente del individuo, según sus creencias sociales y culturales (21).

El embarazo, el parto y el puerperio pueden suponer una sobrecarga emocional para las mujeres. Algunos estudios muestran que más de la mitad de las embarazadas, reconoce sufrir estrés en algún grado, la mayoría debido a eventos desagradables, problemas familiares o laborales sucedidos en el último año, como la vivencia de pesadillas frecuentes, compartir vivienda con otras familias, estar en situación de trabajo temporal, no tener actividades de ocio, entre otras (22).

La falta de un manejo apropiado y detección de estos trastornos puede derivar en una gran carga física social y económica para la paciente, su familia y el sistema de salud, que pueden derivar y llegar a originar estrés crónico que afecte a la salud neonatal o en el resultado obstétrico (2,14).

Por otro lado, no todas las mujeres presentan la misma resistencia al estrés, ya que algunas son genéticamente más vulnerables a éste, a la vez que las personas con baja autoestima. Cuando esto ocurre, se trata de personas que además están predispuestas a desarrollar depresión mayor en el postparto, ya que normalmente la ansiedad, el estrés y la depresión van acompañadas, ya que son factores que predisponen el desarrollo de la depresión posparto y aumentan el riesgo de padecerla (22).

El estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta. Los acontecimientos vitales estresantes [AVE] durante el primer trimestre del embarazo aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo, o de alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como, por ejemplo, el labio leporino. Los niños de mujeres embarazadas con estrés o con

ansiedad presentan con mayor probabilidad ansiedad, trastornos de hiperactividad o déficit de atención y menor desarrollo mental (18). El parto prematuro y el bajo peso al nacer son los efectos que más a menudo se contemplan como consecuencia del estrés materno (18).

Durante el postparto, una madre estresada o deprimida expresa una peor relación con su hijo y esto conduce al niño nuevamente a problemas del desarrollo, de la conducta, cognitivos y a un menor desarrollo intelectual (18).

La falta de contacto del recién nacido con su madre conlleva una alteración de la respuesta en la edad adulta al estrés o la ansiedad. Del mismo modo, favoreciendo el contacto íntimo madre-hijo tras el nacimiento, se produce una elevación de los niveles de oxitocina, y por tanto una disminución de probabilidad de sufrir estos dos trastornos (17, 18).

Las madres que lactan describen con mayor frecuencia un estado de bienestar y menor ansiedad interactuando de forma más positiva con sus bebés, a diferencia de aquellas que utilizan lactancia artificial (18). Así pues, la lactancia, al igual que en presencia de la ansiedad, como se ha mencionado anteriormente, es un elemento atenuador en el estrés (17).

Con el objetivo de medir el grado de estrés percibido por las personas ante los eventos de la vida cotidiana, se diseñó la Escala de Estrés Percibido [*EEP*, o *PSS en inglés*] (17, 20). **[Ver anexo 1.]**

### 3.2.3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático [TEPT], se denomina a aquel miedo ante las complicaciones del parto y la salud del bebé, pérdida de control, traumas previos al embarazo, falta de apoyo social, características del dolor percibido durante el parto, locus de control y falta de estrategias de afrontamiento. Es decir el miedo a lo desconocido o a la adopción de un nuevo rol (19). Es el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en las mujeres embarazadas (23).

Consecuencias del trastorno de estrés postraumático durante el embarazo son: pérdida del deseo de tener un hijo, mayor vulnerabilidad a padecer depresión o ansiedad, y más conductas de riesgo [consumo de tóxicos, malnutrición, trastornos alimentarios, conductas sexuales de riesgo y agresividad], con mayor probabilidad de autolesiones o suicidio, ya que puede llegarse a reactivar memorias traumáticas previas (23).

La experiencia del proceso de parto, enfrenta a la mujer a una situación dolorosa, de incertidumbre, en la que se pueden dar actuaciones profesionales inesperadas y urgentes, que pueden repercutir en la salud tanto de la madre como del hijo. Por ello, este proceso puede verse como altamente amenazante, hasta un 34% de las mujeres pueden referir su experiencia de parto como traumática. Entre otros factores que se asocian a una experiencia negativa del nacimiento, se encuentran las intervenciones obstétricas, y la percepción de cuidados durante el parto inadecuados (17). Durante el parto, las mujeres afectadas por este síndrome tienen más tendencia a no contar con su pareja, sentirse espectadoras durante el trabajo de parto y expulsivo, presentar una sensación disminuida de dolor, o bien lo contrario, ansiedad constante (23).

Durante el posparto, las madres tienden a tener una dificultad de acercamiento al recién nacido, dificultades con la lactancia, no aceptación del rol materno y percepción de pérdida de apoyo socio-familiar (23).



Su diagnóstico y su tratamiento suelen realizarse asociados a otras patologías [depresión, abuso de sustancias...] ya que normalmente suelen ir asociadas (23).

Para la valoración y obtención de resultados ante una posible situación de estrés postraumático, se realiza al paciente una entrevista estructurada. Esta misma, resulta altamente demandante en tiempo y esfuerzo para ser aplicadas en determinados contextos y servicios (24). **[Ver anexo 2.]**

#### **3.2.4. TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Actualmente, el hecho de padecer anorexia nerviosa o bulímica, entre otros desordenes alimentarios durante el embarazo, no es un impedimento para lograr concebir hijos (25). Pero es importante revelar al personal sanitario esta situación, ya que sin un tratamiento o aporte vitamínico necesario, existe un mayor riesgo de aborto espontáneo y retraso del crecimiento intrauterino (2,9). La mayoría de la evidencia científica indica que la presencia de un trastorno alimentario durante la gestación puede generar múltiples consecuencias, tanto fetales como maternas. Algunas serían: anomalías faciales congénitas, bajo peso de nacimiento, tasas altas de aborto, menor circunferencia craneana y microcefalia, parto por cesárea, defectos del tubo neural, mayor mortalidad perinatal, retraso del crecimiento y ganancia de peso del recién nacido (25).

#### **3.2.5. DEPRESION**

La depresión durante el embarazo o antenatal, suele producirse por desequilibrios químicos en el cerebro, estrés, tristeza, antecedente familiares, conflictos psicológicos o cualquier combinación de ellos, sumado a los numerosos cambios hormonales, emocionales, sociales y físicos (2). El

principal factor que provoca la depressió antenatal es el insomnio, la calidad del sueño se deteriora y las horas disminuyen, sobretodo en el tercer trimestre (15). Hay que tener presente, si existen antecedentes de depresión tanto en la paciente como en la familia, un estado salud general deficiente, desempleo, tabaquismo, alcoholismo, soltería y bajo nivel educativo (9, 14).

La madre experimenta cambios de apetito, baja energía, alteración del sueño y reducción de la libido, cambios emocionales, que se consideran comunes en el embarazo, no obstante, debemos prestar especial vigilancia a estos signos ya que si se cronifican pueden llegar a causar algún trastorno (9, 26). A su vez, es importante recordar que las embarazadas pueden sufrir ciertas patologías médicas, tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. Cuando diversas patologías son diagnosticadas, su tratamiento es más complejo, por tanto es importante su detección temprana (26).

Algunos estudios afirman que existen tres pilares de apoyo que pueden influir tanto positiva como negativamente en el estado de ánimo de la mujer durante el embarazo: padres de la gestante, sobretodo la madre; la pareja; y su grupo social más allegado. Por ello el entorno de la mujer es fundamental para prevenir y llevar a cabo un mejor tratamiento para la depresión (9). La mala salud en el embarazo y el retraso en el acceso al cuidado prenatal están vinculados a un apoyo social insuficiente (2).

Otros estudios afirman que el riesgo de trastorno depresivo mayor se puede aumentar durante el período posparto (16), por ello, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la falta de placer, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida, desde el inicio hasta el final del embarazo (26).

La depresión postparto, es aquella que va de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde (27).

Los sentimientos de ansiedad, irritación y tristeza son comunes en las dos primeras semanas después del embarazo. Estos sentimientos se denominan "*tristeza posparto*", casi siempre desaparecen pronto, sin necesidad de tratamiento. Cuando la tristeza posparto no desaparece o cuando los signos de depresión comienzan meses después de dar a luz, es cuando hablamos propiamente de la depresión postparto. Los síntomas de depresión posparto son los mismos que los síntomas de la depresión que ocurre en otros momentos en la vida, solo que se añaden aquellos pensamientos sobre el bebé (27). Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto (28).

Existe cierta discrepancia sobre si la depresión después del parto es provocada por un periodo de vulnerabilidad mayor que el de cualquier otra etapa de la mujer, mientras otros autores consideran que puede ser igual en cualquier etapa vital de la mujer (29).

Las causas exactas de la depresión se desconocen, ya que es un trastorno complejo, sus manifestaciones psicopatológicas aparecen como resultado de una combinación de factores internos, factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos (29, 30). Los cambios en los niveles hormonales durante y después del embarazo pueden afectar el estado anímico de una mujer, aparte de los cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto, cambios en las relaciones laborales y sociales, tener menos tiempo y libertad para sí misma, falta de sueño, preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre (27).

Para las mujeres, esta depresión supone un deterioro de su nivel de salud, calidad de vida y relaciones personales, afectando así a su estilo de vida cotidiano, llegando a descuidar al niño e incidiendo así en su desarrollo (29).

Desde el punto de vista bioquímico, la depresión se produce por la carencia de neurotransmisores [NT] en el cerebro o por la incapacidad de ligarse a los receptores de serotonina. Lo que se pretende con los fármacos antidepresivos es aumentar los niveles de neurotransmisores inmediatamente, pero aun así

los síntomas de depresión no se alivian hasta semanas después de haber iniciado el tratamiento (31). Por ello, es indispensable que el médico siga un buen desarrollo de juicio clínico, y un buen abordaje preguntando antecedentes previos de dicha patología (32).

Es importante destacar que dependiendo de la cultura, la depresión es entendida y tratada de maneras diferentes, es decir, los síntomas y signos de este trastorno son diferentes y variables dependiendo del origen de cada paciente, es modelable. Así pues, dos personas distintas que pasen por las mismas situaciones no tienen porque acabar ambas con depresión, dependerá de su entorno y creencias vividas, a su vez, el tipo de depresión que tiene un mismo individuo varía dependiendo del episodio de la vida en el que se sitúe dicho evento (30). Los cambios hormonales, así como cambios de rol psicológicos y sociales, asociados con el parto puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos depresivos durante posparto (16).

Existen diferentes tipos de depresión que se clasifican según su intensidad, en leves, moderadas o graves, dependiendo de esto la persona afectada podrá retomar con más o menos facilidad sus actividades de la vida diaria. También se establece una diferencia entre la persona con o sin antecedentes de episodios maniacos de cualquier tipo (33).

Los estudios realizados por la “*United States Preventive Services Task Force*” [USPSTF] concluyen que la prevención y el tratamiento precoz de la depresión en mujeres embarazadas o en púerperas consiguen unas tasas de respuesta positiva a dicho tratamiento. A su vez, el riesgo de depresión que tienen las mujeres después del parto, se reduce visiblemente con un seguimiento más habitual al que estamos acostumbrados, es decir, más visitas (34). Es por eso, que una madre primeriza que tenga cualquier síntoma de depresión posparto debe ponerse en contacto con los profesionales sanitarios para obtener ayuda lo antes posible (27).

Los parámetros para la valoración de la depresión postparto son muy amplios, tanto por los diversos sistemas de clasificación de ésta, como por la gran

variedad de instrumentos de medida. Por ello, resulta complicado que todos los profesionales usen un solo tipo y así unificar los diferentes grados de esta patología y a su vez su diagnóstico (29).

Las escalas más usadas, detectan determinados síntomas que preceden al desarrollo de la depresión:

- Inventario de Depresión Beck [BDI]. Es uno de los instrumentos de medida de sintomatología depresiva más usados, se basa en las descripciones verbales que se usan con más frecuencia por los pacientes diagnosticados con depresión. Esta escala ha sido utilizada en diversos estudios, en los cuales, en lugar de emplear una oración para cada opción de respuesta (cuatro opciones para cada una de las 21 preguntas), genera un enunciado que se responde en una escala de cuatro puntos, de 0 “no” a 3 “sí, mucho”. Así pues, al conseguir los resultados y sumarlos, una mayor puntuación refleja una sintomatología depresiva (35). No obstante, cabe destacar que esta escala, se usa de forma genérica para detectar sintomatología depresiva, no explícitamente la depresión postparto. En cambio la escala de depresión postnatal de Edimburgo se centra exclusivamente y específicamente en la depresión postparto (36).
- Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Es la escala de medición de la depresión específica después del parto. Ha sido utilizada tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios y de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Ha sido traducida a múltiples idiomas y se ha probado en poblaciones de madres de diferentes países (32). **[Ver en anexo 3.]**
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HAD]. Ha sido el instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional en poblaciones con enfermedad física. Es un instrumento fiable tanto para el diagnóstico como para evaluar la gravedad del trastorno. Se compone de dos subescalas de siete ítems cada una con

puntuaciones de 0 a 3 según las respuestas de los usuarios. Estas subescalas dan información por una parte de la depresión y por otra de la ansiedad (37). **[Ver en anexo 4.]**

La **tabla 1**, contiene la relación de las principales diferencias entre la depresión general y la depresión postparto. Como se puede apreciar, los signos y síntomas que advierten esta patología son semejantes en ambos casos, incrementando en el caso de puérperas todas las preocupaciones relacionadas con la adopción del nuevo rol o la relación con el infante. Por otro lado en lo relacionado con las causas u origen de dicha patología nos encontramos que en ambos casos son debidas a situaciones de vida estresantes o situaciones adversas, sumando así en el caso de la depresión postparto los factores hormonales, físicos y sociales. Por último, hablando de su tratamiento, podemos encontrar la farmacoterapia y el tratamiento con un psicoterapeuta en ambas patologías, pero en lo referido al tratamiento en puérperas, hay estudios que demuestran que un acceso a grupos de apoyo o simplemente el apoyo familiar ayuda muy favorablemente a sobrellevar este trastorno.

**Tabla 1.** Diferencias principales entre la depresión y depresión post parto.

	Depresión	Depresión postparto
<b>Causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores sociales, psicológicos y biológicos.</li> <li>- Circunstancias vitales adversas.</li> <li>- Factores ambientales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores sociales, psicológicos y biológicos.</li> <li>- Circunstancias vitales adversas.</li> <li>- Factores ambientales.</li> <li>- Cambios en los niveles hormonales y cambios en el cuerpo.</li> <li>- Cambios en las relaciones laborales y sociales.</li> <li>- Tener menos tiempo y libertad para sí misma.</li> <li>- Falta de sueño.</li> <li>- Preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre.</li> <li>- Factores influyentes: edad, economía, apoyo, antecedentes, hábitos tóxicos, causas externas.</li> </ul>
<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoterapia.</li> <li>- Antidepresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antidepresivos [cuidado en caso de lactancia].</li> <li>- Terapia conductual cognitiva, psicoterapia.</li> <li>- Grupos de apoyo, entorno afectivo/familiar positivo.</li> </ul>
<b>Signos y síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza, ansiedad, vacío, estrés, fatiga, irritabilidad, pesimismo.</li> <li>- Problemas cardiovasculares.</li> <li>- Alteración del patrón del sueño y del apetito.</li> <li>- Pérdida de interés.</li> <li>- Pensamiento suicida.</li> <li>- Dolores y malestares persistentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tristeza, ansiedad, vacío, estrés, llanto, fatiga, extrema sensibilidad, pérdida de la concentración.</li> <li>- Agitación e irritabilidad, cambios de humor.</li> <li>- Cambios en el apetito, y en el patrón del sueño.</li> <li>- Sentimiento de inutilidad o culpa,</li> <li>- Pensamientos de muerte o suicidio.</li> <li>- Ser incapaz de cuidar de sí misma o de su bebé</li> <li>- Tener sentimientos negativos hacia el bebé o incluso pensar en hacerle daño.</li> </ul>

(27, 28, 31, 33, 34, 37).

### 3.3. FACTORES DE RIESGO

A lo largo de este trabajo, en los artículos científicos seleccionados, se han identificado diversos estilos de vida, acciones, hábitos o incluso otras patologías... que condicionan a la gestante teniendo una mayor probabilidad de sufrir alguna alteración psicológica o trastorno mental. Como bien especifica la “*Organización Mundial de la Salud*” [OMS], los factores de riesgo son aquellos rasgos, características o exposiciones de un individuo que aumentan su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (38).

La **tabla 2**, muestra aquellos factores de riesgo comunes y específicos que suelen derivar con mayor probabilidad a un trastorno mental, durante el proceso reproductivo de la mujer. Existen algunos factores comunes para diversas patologías, ya que se relacionan entre si, como son el caso del estrés, la ansiedad y la depresión. Hablando de estos tres trastornos, vemos que van ligados a la lactancia como se ha mencionado al largo del trabajo. Por otro lado el apoyo familiar, conyugal o social adquiere un papel muy importante para todas las patologías explicadas, ya que si la mujer recibe ayuda y apoyo se verá capacitada para continuar su proceso como madre. Pero sobretodo, la paciente debe entender que si ella no se empodera este problema podría repercutir negativamente al hijo.



**Tabla 2.** Factores de riesgo de trastornos mentales durante el proceso reproductivo.

Trastorno	Ansiedad	Estrés	Depresión	Trastorno alimentario	Síndrome estrés posttraumático
<b>Factores de riesgo específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soltería.</li> <li>- Antecedentes de trastorno psiquiátrico.</li> <li>- Exposición a eventos traumáticos.</li> <li>- Cese de lactancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insomnio.</li> <li>- Relación de pareja inestable.</li> <li>- Apoyo social escaso.</li> <li>- Antecedente de ansiedad.</li> <li>- Cese de lactancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo nivel académico.</li> <li>- Clase social.</li> <li>- Parto traumático.</li> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Estrés.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Cese de lactancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca información sobre la repercusión de la mala alimentación o salud baja a la hora de engendrar un niño.</li> <li>- Antecedentes previos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias de parto negativas.</li> <li>- Complicaciones durante el embarazo.</li> <li>- Acontecimientos vitales negativos.</li> <li>- Ansiedad perinatal.</li> <li>- La vivencia del dolor del parto.</li> <li>- Dificultad para afrontar el parto.</li> <li>- Estrés medioambiental elevado.</li> <li>- Alto grado de intervención obstétrica.</li> <li>- La cesárea urgente o la instrumentación.</li> </ul>
<b>Factores de riesgo comunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor probabilidad de sufrir morbilidad psiquiátrica en jóvenes [18-25] o ser mayor de 35 años.</li> <li>- Madre soltera, o con poco apoyo familiar y social.</li> <li>- Acontecimientos de vida estresantes.</li> <li>- Mala o regular estado general de salud.</li> <li>- Abuso de sustancias tóxicas.</li> <li>- Factores ambientales, sociales y económicos.</li> <li>- Vínculo madre-hijo escaso.</li> <li>- Tener un hijo vivo o más.</li> <li>- Dedicarse al hogar, ser comerciante o desempleada.</li> <li>- Condiciones patológicas maternas o fetales.</li> <li>- Expectativas negativas respecto al parto y baja autoestima.</li> </ul>				

(2, 9, 16, 17, 19, 21, 24, 25).

### **3.4. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

La prevención y la detección precoz de estos trastornos durante el embarazo, y puerperio, es muy importante, ya que se evita la aparición de otras complicaciones, a la vez que proporciona a la madre y al hijo una mayor salud, ya que aquellas actuaciones que favorezcan la situación de la madre con respecto a su patología siempre favorecen la salud del recién nacido y la protección del vínculo madre-hijo (15).

La mayoría de mujeres tratadas en atención primaria presentaban trastornos adaptativos, no psicóticos (2). Por este motivo el diagnóstico correcto es importante, ya que puede haber ocasiones en las que tanto la paciente como el profesional, pueden confundir los síntomas psiquiátricos con una respuesta adaptativa a los cambios fisiológicos y psicosociales durante este período (15). Por tanto, hay que saber detectar qué patología presenta cada individuo, y facilitarle un tratamiento adecuado si es que realmente lo necesita, ya un tratamiento temprano reduce considerablemente su incidencia sobre la vida de la usuaria (26).

Las alteraciones emocionales en el período postnatal pueden aparecer porque la mujer está dentro de una situación de estrés y en relación a la falta de un adecuado apoyo social, depende de la historia previa de psicopatologías o problemas de pareja, el estado civil, la clase social y/o la planificación del embarazo (28).

Existen diferentes líneas de abordaje a la hora de escoger un tratamiento u otro. Una opción podrían ser las campañas educativas dirigidas a las mujeres, sus cuidadores y médicos de atención primaria para aumentar el reconocimiento de los trastornos psiquiátricos entre las mujeres embarazadas (15). El objetivo común es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo (25).

La mejor forma de tratar a un paciente es intervenir de manera bifocal, mediante el uso de farmacología y de terapia, ya que así, por un lado se trata la alteración neurobiológica, y por otro lado se facilita el contacto con ayuda de la psicoterapia (30). Asimismo, se debe considerar el uso de fármacos en el caso de depresiones severas o recurrentes, evitando su uso en la medida de lo posible durante las primeras doce semanas de gestación, debido al riesgo de malformaciones (25).

Es importante destacar que hay mujeres con enfermedades psiquiátricas que al quedarse embarazadas interrumpen su medicación psiquiátrica por temor a los efectos de estos medicamentos. Por tanto, a este grupo se le tiene que dedicar especial atención, ya que interviene en el riesgo de recaída depresiva durante el embarazo o el puerperio (15).

Existen instituciones que se encargan de identificar, tratar y prevenir dichas alteraciones psicológicas para un mejor y efectivo abordaje. Por un lado tenemos al grupo de “*Trabajo de Servicios Preventivos de EE.UU.*” [USPSTF], que centra su abordaje en el tratamiento con la terapia cognitivo-conductual [TCC], ya que se han encontrado evidencias de que este tratamiento mejora los resultados clínicos en mujeres embarazadas y postparto con depresión (33).

Otro ejemplo sería el programa de atención del “Departamento de Psicología” del “INPer” [Instituto Nacional de Perinatología]. Su objetivo es atender a pacientes que por su embarazo presentan alteraciones psicológicas que pueden afectar tanto a la madre como al hijo mediante visitas rutinarias, a la vez que llevan un control de la atención médica que reciben y de su adherencia al tratamiento, mas la que tienen ya algún antecedente psiquiátrico (2).

Existen grupos de mujeres embarazadas con alta prevalencia de la psicopatología [mujeres embarazadas de 18-25 años, que viven sin pareja, viudos, separados, divorciados, y nunca se casó, las mujeres embarazadas que experimentaron complicaciones en el embarazo...] son especialmente vulnerables, debiendo estar bajo revisión constante y bajo intervención sistemática (15).

## 4. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

---

### 4.1. DISEÑO

En este trabajo, se llevó a cabo una revisión de la literatura, basándose en la investigación y análisis crítico de la bibliografía sobre el impacto psicológico que tiene sobre las mujeres el embarazo, parto y puerperio, teniendo intención de demostrar los conocimientos adquiridos de las competencias de la titulación en este ámbito de investigación.

La revisión se realizó siguiendo las recomendaciones de la declaración Prisma, una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis. Facilita al investigador el saber identificar el protocolo a seguir durante este proceso de búsqueda mediante un listado de ítems para llevar a cabo su desarrollo, revisión y conclusión del trabajo (39).

## 4.2. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Durante la búsqueda de información, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión, los cuales se muestran en la **tabla 3**.

**Tabla 3.** Criterios de elegibilidad

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artículos o estudios que analicen uno o varios aspectos psicológicos alterados durante el proceso fisiológico del embarazo, parto y puerperio.</li> <li>- Artículos o estudios que analicen aquellos factores que pueden desencadenar alguna alteración psicológica durante el proceso fisiológico del embarazo, parto y puerperio.</li> <li>- Artículos o estudios que analicen aquellas intervenciones o programas para la detección precoz y prevención de dichas alteraciones.</li> <li>- Presencia de “<i>abstract</i>” con aporte de conocimientos sobre el tema a tratar.</li> <li>- Presencia del artículo con texto completo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Artículos, estudios o tesis no acorde con el contenido de la revisión de la literatura.</li> <li>- El “<i>abstract</i>” no aporta información del tema a tratar para poder incluirlo en la revisión.</li> <li>- Texto completo no disponible.</li> <li>- Artículos o estudios publicados con anterioridad al 2007.</li> <li>- Blogs de enfermería.</li> <li>- Páginas web sin certificado de autenticidad.</li> </ul>

El idioma no ha sido en ningún caso, criterio de exclusión, debido a la carencia de artículos sobre el objetivo de investigación planteado en esta revisión de la literatura.

### 4.3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de la literatura existente sobre el tema escogido [Libros, revistas, artículos] mediante el uso de palabras clave [Psicología, estrés, depresión, factores psicológico o emocionales, embarazo, parto, puerperio...] en las principales base de datos bibliográficos y motores de búsqueda [Scielo, Dialnet, Cuiden, Pubmed, Nure, Cochrane, Redalyc].

**Tabla 4:** Términos de búsqueda.

Psicología Psychology	<b>AND</b>	Embarazo Pregnant Pre-natal	<b>AND</b>	Factores riesgo	<b>NOT</b>	Adolescentes
OR Estrés Stress		OR Parto Birth		OR Detección precoz		OR Menopausia
OR Depresión Depression		OR Puerperio Postpartum Postnatal		OR Tratamiento		
OR Factores psicológicos Emociones/estados de animo				OR Prevención		

Como se muestra en la **tabla 4**, todas estas fórmulas han sido buscadas tanto en inglés como en castellano, para poder acceder a más artículos con más información y de actualidad. Posteriormente después del resultado de búsqueda, en aquellas bases de datos que permitían el uso de filtros de búsqueda, se usaron aquellos de texto completo o “full text”, actualidad no superior a 10 años y estudios hechos en humanos. Se encontró, una larga lista de artículos, así que primeramente se excluyeron aquellos en los que el título no evidenciaba una fuente potencial de información sobre el tema a tratar en este trabajo. Se realizó una lectura de todos los “abstracts” y textos completos que se encontraron después de filtrar los resultados.

**Tabla 5.** Resultado de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos usadas y el número de artículos encontrados y seleccionados.

Scielo	Dialnet	Pubmed	Nure	Cochrane	Redalyc
213	28	358	49	21	98
12	1	2	2	1	3

En la **tabla 5**, se puede ver que la base de datos donde se encontraron más artículos fue en “*Pubmed*”, con un total de 358 artículos encontrados, utilizando los términos de búsqueda comentados anteriormente en la tabla 4, de los cuales fueron seleccionados 2, todos en inglés. En el buscador “*Scielo*” se encontraron un total de 213 artículos, de los cuales fueron seleccionados 12, 8 en castellano, uno en portugués y uno en inglés. En “*Nure*” se encontraron un total de 49 artículos, de los cuales solo 2 fueron seleccionados y en español. En “*Cochrane*” se encontraron un total de 21 artículos, de los cuales solo uno fue seleccionado y en inglés. En “*Redalyc*” se encontraron un total de 93 artículos, de los cuales solo 3 fueron seleccionados y en español. En “*Dialnet*” se encontraron un total de 28 artículos, de los cuales solo 1 fue seleccionado y en español.

Además de realizar búsquedas en estas bases de datos, o redes de revistas científicas oficiales, se consultaron guías de práctica clínica del “*Ministerio de Sanidad Español*”, en concreto se han incorporado los conocimientos de tres de las disponibles en castellano; a la vez que se buscaron revisiones de la literatura hechas por la “*OMS*” sobre el tema tratado en el trabajo, finalmente escogiendo una de ellas en inglés. Por otro lado, también se seleccionó un artículo de la “*Federación de Matronas*”, realizado por profesionales del ámbito

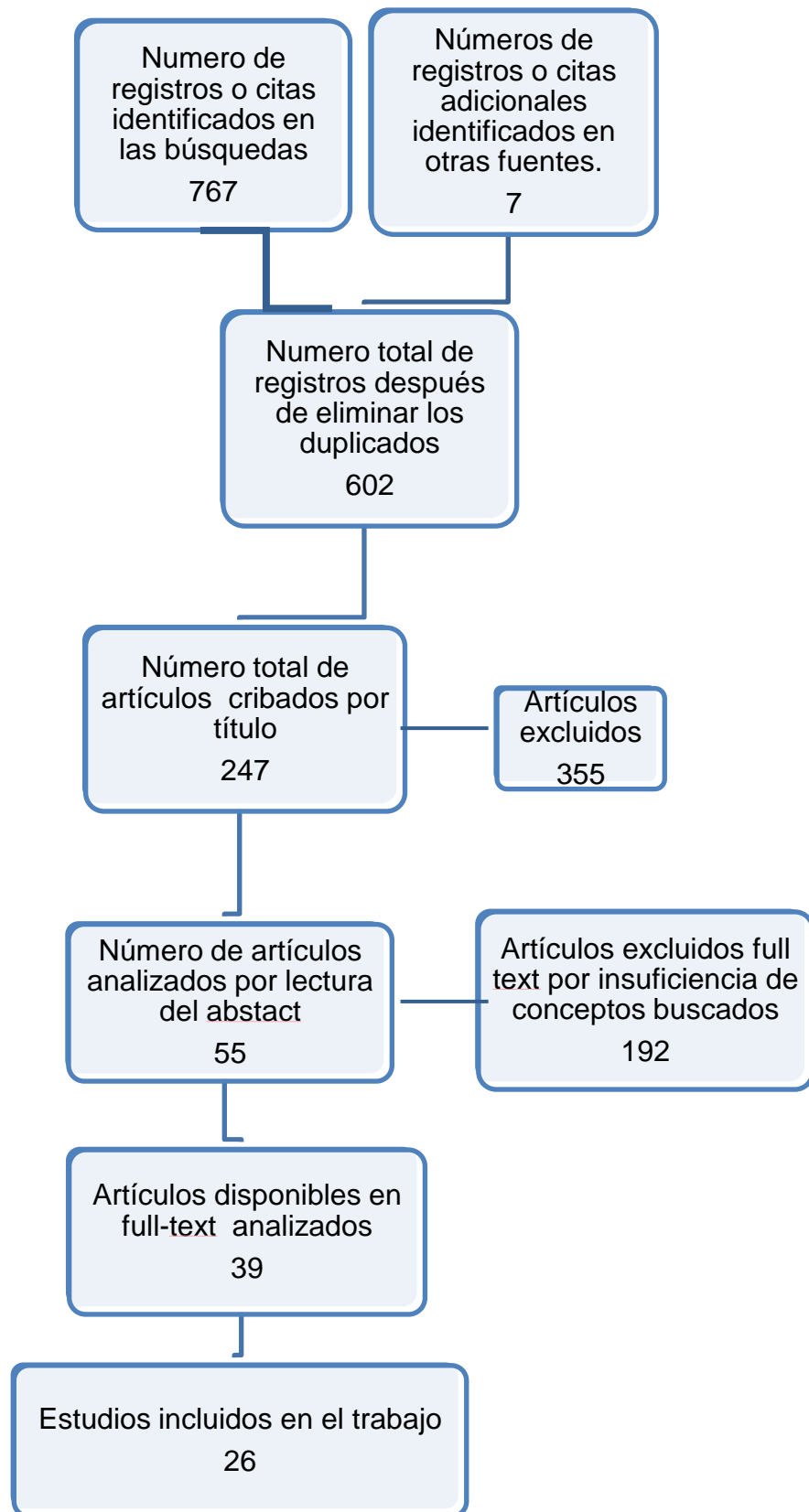
de la salud reproductiva. Además, se accedió a libros de anatomía y fisiología médica y páginas oficiales de salud como “*Medline*” para obtener datos actualizados. Todo esto en castellano o catalán.

Como se ve en el **diagrama 1**, primeramente se identificaron el total de artículos conseguidos de todas las bases de datos, a la vez que se añadieron otros registros de otras fuentes. Después de eliminar los duplicados quedaron un total de 602 registros para realizar esta revisión bibliográfica. Entonces se procedió a cribar o filtrar estos artículos según los criterios de exclusión e inclusión determinados, consiguiendo así 247. Posteriormente se hizo una lectura de títulos y “*abstracts*” de ellos, excluyendo aquellos que evidenciaban poca información o no relevante para el tema a tratar consiguiendo 55. Finalmente después de la lectura de los artículos “*full-text*” se incluyeron en el trabajo 26 artículos/guías de práctica clínica para llevar a cabo esta revisión de la literatura.

En la **tabla 6**, podemos encontrar el listado de los 26 artículos/guías de práctica clínica seleccionados, con información sobre el título, año y lugar de publicación, autor principal, tipo de artículo, sector poblacional sobre el que habla, muestra en caso de los estudios y un pequeño resumen sobre el contenido de éstos. Así se facilita la identificación e información de cada uno de ellos.



**Diagrama 1.** Proceso de búsqueda y selección de artículos del trabajo.



**Tabla 6.** Artículos seleccionados para la elaboración de la revisión bibliográfica.

Artículo	Año, autor/es, país.	Tipo de artículo científico	Población	Muestra final	Resumen/ Ideas destacadas
Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para tamizaje en el sistema público de salud	2010, Figueira, P Corrêa, H, Malloy-Diniz, L, Romano-Silva, MA. Brasil.	Artículo de revisión	Puérperas	66	Evaluar la utilización de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo como instrumento de tamizaje en el sistema público de salud.
Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio.	2008, Marín D, España	Estudio longitudinal	Mujeres gestantes	-	Análisis de diversas variables psicológicas que afectan a este ciclo vital
La Depresión: Etiología Y Tratamiento	2012, Bogaert H, República Dominicana	Artículo de revisión	Personas con Depresión	-	Definición, causa, origen, síntomas y tratamiento de la depresión.
El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura	2012, Lugones Botell, M. Cuba	Artículo de revisión	-	-	Diferentes posturas para el parto, ventajas y desventajas.
Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo	2014, Fernández Vera, JK. Venezuela	Investigación de tipo descriptiva y prospectiva	Puérperas	249	Determinar la prevalencia de depresión posparto en puérperas.

**Tabla 6.** Continuación.

Artículo	Año, autor/es, país.	Tipo de artículo científico	Población	Muestra final	Resumen/ Ideas destacadas
Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo	2008, Gómez López ME, Aldana Calva E. México	Revisión de la literatura	Mujeres con embarazo de alto riesgo	-	Describe las principales alteraciones psicológicas de las mujeres durante un embarazo de alto riesgo.
De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones	2011, Moure Rodríguez P, Rodríguez del Pino DA, Alvaredo Blanco R. Cuba	Revisión de la literatura	Población general.	-	Evaluación de la relación que se establece entre emociones y fisiopatología.
Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck [BDI-2]	2013. Moral de la Rubia, J. Méjico.	Estudio instrumental, descriptivo-correlacional	Población general	424	Estudio sobre el resultado de la BDI en una población normal
Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en atención primaria	2008. Behar R. Chile	Revisión de la literatura, estudio de validación	Embarazadas	141	Determinar la presencia de comportamientos alimentarios anormales en gestantes.
Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II [BDI-II]	2013, Sanz J. España.	Estudio de validación	Estudiantes universitarios españoles	322	Rendimiento diagnóstico del BDI-II en pacientes españoles con trastornos psicológicos

**Tabla 6. Continuación.**

Artículo	Año, autor/es, país.	Tipo de artículo científico	Población	Muestra final	Resumen/ Ideas destacadas
Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual.	2014, Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. España	Artículo de revisión	Personas que padecen sufrimiento en el ámbito sanitario	-	Evaluación de los problemas espirituales de los usuarios de la sanidad y herramientas para ayudarlos.
Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States	2009. Vesga-Lopez O. Estados Unidos	Encuesta epidemiológica	Mujeres embarazadas, puérperas, y mujeres no embarazadas	43.093	Información sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias en esta población
Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal	2010, Ministerio de Sanidad y Consumo. España	Guía de práctica clínica	Profesionales y mujeres embarazadas	-	Guía sobre la correcta atención a un parto sin riesgos.
Mental health aspects of women's reproductive health A global review of the literature	2010, World Health Organisation. Scotland.	Artículo de revisión	Mujeres en edad reproductiva	-	Principales trastornos mentales de las mujeres durante la edad reproductiva.

**Tabla 6.** Continuación.

Artículo	Año, autor/es, país.	Tipo de artículo científico	Población	Muestra final	Resumen/ Ideas destacadas
La salud mental en la mujer embarazada.	2013, Flores-Ramos M	Artículo de revisión	Gestantes	-	Trastornos o alteraciones psicológicas en la mujer embarazada.
Depresión en el embarazo y el puerperio.	2010, Jadresic E.Chile	Artículo de revisión	Gestantes y puérperas.	-	La depresión pre y posparto son altamente prevalentes y debe considerarse tanto el impacto de no tratar, como de tratar.
Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio	2013, Marín Morales D, Carmona Monge F, Toro Molina S, Montejo Rodríguez R, Peñacoba Puente C, Velasco Furlong L, et al. España	Estudio observacional longitudinal correlacional.	Puérperas	200	Principales factores contribuyentes al estrés postparto.
A new proposal for the diagnosis of depression.	2014, Botto A, Acuña J, Jimenez JP. Chile.	Artículo de revisión	Paciente con depresión.	-	Impacto de un modelo de diagnóstico en trastornos depresivos.

**Tabla 6.** Continuación.

Artículo	Año, autor/es, país.	Tipo de artículo científico	Población	Muestra final	Resumen/ Ideas destacadas
Sreening for depression in adults	2016, Siu AL. America	Clinical Review & Education Special	Pacientes con y sin depresión.	-	Maneras de prevenir la depresión en adultos.
Maternidad y Salud Ciencia, Conciencia y Experiencia.	2012, Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. España	Guía de práctica clínica	Mujeres embarazadas y puérperas, Profesionales de la sanidad.	-	Todos los conceptos y teoría sobre un buen acompañamiento y educación sanitaria para el embarazo parto y puerperio.
El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal	2012, García Vega M, Muñoz Gállico E, Mingote Adán JC, Isla I, Denia Ruiz F, Hernández García JM. España	Estudio abierto, longitudinal, prospectivo.	Mujeres atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología	298	Evaluación del estrés como posible factor psicosocial predisponente en el desarrollo de la depresión posparto.
Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety	2011, Marc I, Blanchet C, Ernst E, Hodnett ED, Turcot L, Dodin S. Chichester, UK.	Artículo de revisión	Gestantes.	-	Consecuencias de la ansiedad y estrés durante el embarazo y el desarrollo del bebé.

**Tabla 6.** Continuación.

Artículo	Año, autor/es, país.	Tipo de artículo científico	Población	Muestra final	Resumen/ Ideas destacadas
Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido [EEP-10 y EEP-14] en una muestra de universitarias de Bogotá,	2009. Campo Arias A, Bustos Leiton GJ, Romero Chaparro A. Colombia.	Estudio prospectivo	Gestantes y púérperas.	298	Evaluar el estrés como posible factor psicosocial predisponente en el desarrollo de la depresión posparto.
Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto.	2007, Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Madrid	Artículo de revisión	Gestantes y púérperas.	-	Consecuencias del estrés postraumático durante el embarazo, parto y puerperio, factores de riesgo y tratamiento.
La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático [EGEP].	2012. Crespo M, Gómez M. Madrid.	Estudio de validación predictiva.	Personas mayores de edad, que habían estado expuestas a algún acontecimiento traumático	175	Evaluación de todos los criterios diagnósticos, y establecimiento de relación entre la sintomatología y el acontecimiento traumático.
Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HAD] en muestras españolas	2015. Tero Cantero MC, Cabrera Perona V, Martín Aragón M. España.	Revisión bibliográfica	Españoles mayores de edad.	-	Se orienta la aplicabilidad, e interpretación de esta escala.

## 5. CONCLUSIONES

---

Como conclusión final y según los resultados obtenidos de esta revisión de la literatura, los cambios o alteraciones psicológicas de la mujer durante el periodo reproductivo se deben tanto a cambios hormonales, físicos, psicológicos, sociales y culturales. La adopción del nuevo rol y cambio en el estilo de vida de la usuaria requiere implicación por parte de ella como del ambiente familiar de ésta.

Las principales alteraciones que al largo de la revisión se han identificado son la depresión, ansiedad, estrés, trastorno del estrés postraumático y trastornos alimentarios. Las tres primeras son las más significativas, ya que una es causa de la otra o factor desencadenante que pueden llegar a provocar una grave enfermedad. Por tanto, requieren un tratamiento específico y temprano.

A su vez, se ha detectado la gran importancia que tiene la lactancia y el contacto madre-hijo, ya que reduce la incidencia de padecer todos estos trastornos, al igual que el apoyo familiar y conyugal.

El papel de la prevención y promoción de la salud es muy importante, ya que la detección precoz de los factores de riesgo lleva a una disminución de la prevalencia de estas alteraciones además de dar una mejor atención integral a este sector de la población, consiguiendo así una mayor satisfacción y confianza por parte de las pacientes hacia los sanitarios. Se ha visto que a mayor control de variables que condicionan a la madre a padecer una enfermedad psicológica, se reduce el riesgo de padecerla. Este tratamiento o control de síntomas depende de factores sociales, culturales y económicos de la usuaria.

Por último, desde el punto de vista económico y administrativo, se busca la optimización de los recursos, así como la minimización de los costes. Por ello, también sería interesante la reducción del número de visitas a consultas, y la demanda a los servicios de urgencia, ya se reducirían los gastos y se podría



dar a aquellas mujeres que necesitasen más ayuda unos cuidados más individualizados (7).

## **6. AGRADECIMIENTOS**

---

Para concluir, agradezco a todas las personas que me han ayudado durante la elaboración de este trabajo. Gracias a aquellos que me han brindado apoyo, conocimientos y ayuda. Gracias a E. Martínez y S. Tovar por guiarme y facilitarme fuentes de información e inspiración. Gracias a Joaquín Tomás, por guiarme y ayudarme a entender y mejorar el proceso que conlleva una buena revisión bibliográfica. Y gracias a mi familia por estar ahí en todo momento.

## 7. BIBLIOGRAFIA

---

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Embarazo. Pagina web. [Consultado el: 02-02-2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
2. Gómez López ME, Aldana Calva E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. Psicol Y Salud [Revista on line] 2008. [Consultado el 20-02-2017]; 17(1):53–61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). La atención integrada del embarazo y el parto (IMPAC) Pagina web. [Consultado el: 02-02-2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/impac/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/impac/es/)
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Pagina web. [Consultado el: 02-02-2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=KZWLkpD>
5. Moure Rodríguez P, Rodríguez Del Pino DA, Alvaredo Blanco R. De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud. Psicol la Salud [Revista on line] 2011. [Consultado el 23-02-2017]; 13(13). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud/>
6. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index de Enfermería [Revista on line] 2014. [Consultado el 17-03-2017]; 23(3):153–156. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
7. Santamaría Benhumea AM, Herrera Villalobos JE, Sil Jaimes PA, Santamaría Benhumea NH, Flores Manzur MÁ, Del Arco Ortiz A. Estructura, sistemas y análisis de costos de la atención médica hospitalaria. Med e Investig [Revista on line] 2015. [Consultado el 17-03-

- 2017]; 3(2):134–140. Disponible en:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214310615000394>
8. Tortora G, Derrickson B. Los aparatos reproductores. En: Panamericana, editor. Principios de anatomía y fisiología. Méjico, 2012. p. 1129–1180.
  9. World Health Organization (WHO). Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. [Internet] 2010. [Consultado el 17-03-2017]; 1-421. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43846/1/9789241563567_eng.pdf)
  10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Norma.I [Internet] 2010. [Consultado el 18-03-2017]. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
  11. Mattson Porth C. Fundamentos de fisiopatología, 4ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2015.
  12. Karp G. Biología celular y molecular, conceptos y experimentos, 5ª ed. Méjico: MC Graw Hill; 2010.
  13. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Revista on line] 2012. [Consultado el 22-11-2016]; 38(1):134–145. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  14. El parto es nuestro. ¿Qué es el puerperio? ¿Cuánto dura?. Página web. . [Consultado el 22-11-2016]. Disponible en:  
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/posparto/que-es-el-puerperio-cuanto-dura>
  15. Flores Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. Perinatol y Reprod humana [Revista on line] 2013. [Consultado el 19-03-2017]; 27(3):143–144. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001)

16. Vesga Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. Arch Gen Psychiatry [Revista on line] 2008. [Consultado el 17-12-2016]; 65(7):805–815. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669282/>
17. Marín Morales D, Carmona Monge F, Toro Molina S, Montejo Rodriguez R, Peñacoba Puente C, Velasco Furlong L, et al. Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. Nure Investig [Revista on line] 2013. [Consultado el 09-01-2017];62(1):1–10. Disponible en: [http://web2014.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/NURE62\\_proyecto\\_estres.pdf](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE62_proyecto_estres.pdf)
18. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Maternidad y Salud Ciencia, Conciencia y Experiencia. [Internet] 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>
19. Marín D, Bullones A, Carmona F, Carretero I, Moreno A, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. Nure Investig [Revista on line] 2008. [Consultado el 09-01-2017];(37):1–20. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
20. Marc I, Blanchet C, Ernst E, Hodnett ED, Turcot L, Dodin S. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. Cochrane [Revista on line] 2011. [Consultado el 17-04-2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007559.pub2/abstract>
21. Campo Arias A, Bustos Leiton GJ, Romero Chaparro A. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia. Aquichán [Revista on line] 2009. [Consultado el 07-04-2017]; 9(3):271–280. Disponible en:

- [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972009000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
22. García Vega M, Muñoz Gállico E, Mingote Adán JC, Isla I, Denia Ruiz F, Hernández García JM. El estrés, uno de los principales factores psicosociales predisponentes en el desarrollo de la depresión puerperal. Cuad Med psicosomática y Psiquiatr [Revista on line] 2012. [Consultado el 03-03-2017]; (103):65-71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393297>
  23. Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. Matronas Prof [Revista on line] 2007. [Consultado el 03-03-2017] ;8 (1):12–19. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/234/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/518/rclang/es-es/filename/vol8n1pag12-19.pdf>
  24. Crespo M, Gómez M. La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). Clínica y Salud [Revista on line] 2012. [Consultado el 17-04-2017]; 23(1):25–41. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  25. Behar A R, González A J, Ariza P M, Aguirre S A. Trastornos de la conducta alimentaria en mujeres embarazadas controladas en Atención Primaria. Rev Chil Obstet Ginecol [Revista on line] 2008. [Consultado el 22-04-2017];73(3):155–162. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262008000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  26. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev Chil Neuropsiquiatr [Revista on line] 2010. [Consultado el 15-11-2016]; 48(4):269–278. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

27. Medline Plus. Depresión postparto. Página web. [Consultado el 22-11-2016]. Disponible en:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007215.htm>
28. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión. Página web. [Consultado el 24-01-2017]. Disponible en:  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>
29. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Revista on line] 2014. [Consultado el 05-11-2016]; 74(4):229–243. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. [A new proposal for the diagnosis of depression]. Rev Med Chil [Revista on line] 2014. [Consultado el 12-01-2017]; 142(10):1297–1305. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872014001000010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
31. Bogaert García H. La depresión: etiología y tratamiento. Cienc Soc [Revista on line] 2012. [Consultado el 22-01-2017]; 37(2):183–197. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
32. Figueira P, Corrêa H, Malloy Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev Saude Publica [Revista on line] 2009. [Consultado el 30-03-2017]; 43(supl 1):79–84. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
33. Organización Mundial de la Salud. La depresión. Página web. [Consultado el 23-11-2016]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

34. Siu AL. Screening for Depression in Adults. *Jama* [Revista on line] 2016. [Consultado el 04-02-2017]; 315(4):380–387. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813211>
35. Moral de la Rubia J. Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicol Iberoam* [Revista on line] 2013. [Consultado el 05-03-2017]; 21(1):42–52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133929862006.pdf>
36. Sanz J, García Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *An Psicol* [Revista on line] 2013. [Consultado el 16-01-2017]; 29(1):66–75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
37. Terol Cantero MC, Cabrera Perona V, Martín Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *An Psicol* [Revista on line] 2015. [Consultado el 18-04-2017]; 31(2):494. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282015000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
38. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Página web. [Consultado el 23-01-2017]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
39. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin* [Revista on line] 2010. [Consultado el 09-01-2017]; 135(11):507–11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-declaracion-prisma-una-propuesta-mejorar-S0025775310001454>

# ANEXOS



## ANEXO 1

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

## ANEXO 2

A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:

- 1) Experimentar uno mismo el acontecimiento.
- 2) Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro.
- 3) Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo.
- 4) Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo personal de emergencias que recoge partes de cuerpo; agentes de policía expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil).

B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos.
- 2) Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionado con el acontecimiento.
- 3) Reacciones disociativas (por ejemplo, flashbacks) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (estas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno).
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5) Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:

- 1) Evitación de recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.
- 2) Evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.

D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:

- 1) Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático
- 2) Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro
- 3) Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático.
- 4) Estado emocional negativo generalizado- por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza.
- 5) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- 6) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- 7) Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas

E. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) \* de las siguientes formas:

- 1) Comportamiento irritable, enojado o agresivo.
- 2) Comportamiento temerario o auto-destructivo.
- 3) Hipervigilancia.
- 4) Respuestas exageradas de sobresalto.
- 5) Dificultades para concentrarse.
- 6) Trastornos del sueño - por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido.

\* Los síntomas necesarios para el cumplimiento de este criterio serán contrastados con datos a nivel empírico.

F. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C, D y E) se prolongan más de 1 mes.

G. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

H. Los problemas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.

## ANEXO 3

Ptje: Fecha

Edad Madre  
 Edad Niño(a)

### ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

(1) *He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:*  
 tanto como siempre  
 no tanto ahora  
 mucho menos ahora  
 no, nada

(2) *He disfrutado mirar hacia delante:*  
 tanto como siempre  
 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 con mucha frecuencia  
 no, nunca

(4) *He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:*  
 no, nunca  
 casi nunca  
 sí, a veces  
 sí, con mucha frecuencia

(5) *He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:*  
 sí, bastante  
 sí, a veces  
 no, no mucho  
 no, nunca

(6) *Las cosas me han estado abrumando:*  
 sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto  
 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 dificultades para dormir:*  
 sí, la mayor parte del tiempo  
 sí, a veces  
 no con mucha frecuencia  
 no, nunca

(8) *Me he sentido triste o desgraciada:*  
 sí, la mayor parte del tiempo  
 sí, bastante a menudo  
 no con mucha frecuencia  
 no, nunca

(9) *Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:*  
 sí, la mayor parte del tiempo  
 sí, bastante a menudo  
 sólo ocasionalmente  
 no, nunca

(10) *Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:*  
 sí, bastante a menudo  
 a veces  
 casi nunca  
 nunca

Evaluación: 0 lo más malo, 3 lo más bueno. Punto de corte: Sobre 11 puntos sugiere depresión postparto.

Esta escala está válida para después de los 2 meses postparto.

## ANEXO 4

### ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y marque la que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

**A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:**

3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

**D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:**

0) Ciertamente igual que antes ☐ 1) No tanto como antes ☐ 2) Solamente un poco ☐ 3) Ya no disfruto con nada ☐

**A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**

3) Sí, y muy intenso ☐ 2) Sí, pero no muy intenso ☐ 1) Sí, pero no me preocupa ☐ 0) No siento nada de eso ☐

**D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

0) Igual que siempre ☐ 1) Actualmente algo menos ☐ 2) Actualmente mucho menos ☐ 3) Actualmente en absoluto ☐

**A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

3) Casi todo el día ☐ 2) Gran parte del día ☐ 1) De vez en cuando ☐ 0) Nunca ☐

**D.3. Me siento alegre:**

0) Nunca ☐ 1) Muy pocas veces ☐ 2) En algunas ocasiones ☐ 3) Gran parte del día ☐

**A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajado/a:**

0) Siempre ☐ 1) A menudo ☐ 2) A veces ☐ 3) Nunca ☐

**D.4. Me siento lento/a y torpe:**

3) Gran parte del día ☐ 2) A menudo ☐ 1) A veces ☐ 0) Nunca ☐

**A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:**

0) Nunca ☐ 1) Sólo en algunas ocasiones ☐ 2) A menudo ☐ 3) Muy a menudo ☐

**D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

3) Completamente ☐ 2) No me cuido como debería hacerlo ☐  
1) Es posible que no me cuide como debiera ☐ 0) Me cuido como siempre lo he hecho ☐

**A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:**

3) Realmente mucho ☐ 2) Bastante ☐ 1) No mucho ☐ 0) En absoluto ☐

**D.6. Espero las cosas con ilusión:**

0) Como siempre ☐ 1) Algo menos que antes ☐ 2) Mucho menos que antes ☐ 3) En absoluto ☐

**A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

3) Muy a menudo ☐ 2) Con cierta frecuencia ☐ 1) Raramente ☐ 0) Nunca ☐

**D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

0) A menudo ☐ 1) Algunas veces ☐ 2) Pocas veces ☐ 3) Casi nunca ☐

**Puntuación HAD-A:** 1) < 7 ☐ 2) 8-10 ☐ 3) > 11 ☐

**Puntuación HAD-D:** 1) < 7 ☐ 2) 8-10 ☐ 3) > 11 ☐