

**Universidad de Zaragoza**  
**Escuela de Enfermería de Huesca**

**Trabajo Fin de Grado**

Revisión bibliográfica: Depresión postparto e  
intervención enfermera.

Bibliographic review: Postpartum depression and nursing  
intervention.

Autora:

María Andrés Becerril

Directora:

M<sup>a</sup> Carmen Campos Avellana

Año 2020/2021

# ÍNDICE

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	8
Objetivo general:.....	8
Objetivos específicos:.....	8
METODOLOGÍA.....	9
DESARROLLO.....	12
Clasificación de la depresión postparto.....	12
Patogenia de la DPP.....	13
Factores de riesgo y sintomatología de la DPP.....	13
Diagnóstico de la DPP.....	15
Tratamiento de la DPP.....	16
Prevención de la DPP.....	19
Influencia de la depresión postparto en el vínculo y desarrollo de los hijos.....	20
Influencia de enfermería en programas de atención al embarazo y preparación al parto y crianza.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	24
ANEXOS.....	28
ANEXO I. Diagrama de flujo. Identificación de artículos a través de la revisión bibliográfica.....	28
ANEXO II. Escala de depresión postnatal de Edimburgo.....	29
ANEXO III. Preguntas Whooley.....	31
ANEXO IV. Entrevistas de Educación Maternal.....	32

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

- DPP: Depresión postparto
- SciELO: Scientific Electronic Library Online
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- EPDS: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo
- TEC: Terapia electroconvulsiva
- ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina
- EM: Educación Maternal
- APS: Atención Primaria de Salud

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión postparto (DPP) es una enfermedad que afecta al 10-15% de las puérperas. Esta enfermedad cursa con tristeza intensa y con labilidad emocional grave, que suele aparecer a las cuatro semanas tras el parto. A pesar de la prevalencia y de la importancia de la DPP, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada, no tratada correctamente, que se ha configurado como un problema de salud pública.

**Objetivo:** Realizar una revisión acerca de la depresión postparto y del papel de la enfermería en el abordaje de dicha enfermedad.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, SciELO, Dialnet, etc. y revistas de enfermería. En un período de tiempo de tres meses. Se seleccionaron los artículos con una antigüedad menor a diez años, en inglés, español o portugués y que se pudiera acceder al texto completo.

**Desarrollo:** La depresión postparto no siempre afecta con la misma intensidad, por tanto se puede diferenciar entre DPP leve, DPP mayor o psicosis postparto. Es una enfermedad de etiología multifactorial, que es más frecuente su aparición si la mujer presenta factores de riesgo. La sintomatología más común es desanimo, anhedonia, insomnio, sentimientos de inutilidad o culpa. Para diagnosticarla, hoy en día, se dispone de dos instrumentos de tamizaje que son la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) y las preguntas Whooley. Una vez instaurada la enfermedad para tratarla, se consideran dos tipos de estrategias, por un lado las intervenciones psicoterapéuticas y por otro lado el tratamiento farmacológico. La DPP es una enfermedad prevenible, en la cual se puede intervenir mediante programas de educación para la maternidad.

**Conclusiones:** La DPP es una enfermedad de gran impacto en la cual los profesionales de enfermería juegan un papel importante para su abordaje, a pesar de ello, se debe seguir investigando y evolucionando en esta materia de salud para que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento sean más precisos.

**Palabras clave:** puerperio, depresión, depresión postparto, enfermería, atención de enfermería, educación, embarazo.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Postpartum depression (PPD) is an illness that affects 10-15% of postpartum women. This disease presents intense sadness and severe emotional lability which usually appears four weeks after delivery. Despite the prevalence and importance of PPD, it remains an underdiagnosed and undertreated disease that has become a public health problem.

**Objective:** reviewing postpartum depression and the role of nursing in the management of this disease.

**Methodology:** A bibliographic search was carried out in different databases such as Pubmed, SciELO, Dialnet, etc. and nursing journals. Over a period of three months. Articles were selected with less than ten years old, in English, Spanish or Portuguese and that could be accessed in full text.

**Development:** Postpartum depression does not always affect with the same intensity, therefore it is possible to differentiate between mild PPD, major PPD or postpartum psychosis. It is a disease of multifactorial etiology, and its onset is more frequent if the woman presents risk factors. The most common symptomatology is discouragement, anhedonia, insomnia, feelings of worthlessness or guilt. To diagnose it, two screening instruments are currently available: the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and the Whooley questions. Once the disease is established, two types of treatment strategies are considered, psychotherapeutic interventions and pharmacological treatment. PPD is a preventable disease which can be intervened through maternity education programs.

**Conclusions:** PPD is a disease of great impact in which nursing professionals play an important role in its approach, but despite this, further research and evolution in this health matter should be continued in order to make prevention, diagnosis and treatment more accurate.

**Keywords:** postpartum period, depression, postpartum depression, nursing, nursing care, education, pregnancy.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo, el parto y el puerperio son las etapas del proceso perinatal que constituyen una importante experiencia para la mujer. El proceso reproductivo culmina con el nacimiento de un hijo que conlleva que la mujer adopte el rol de madre. Esta experiencia del proceso perinatal puede ser percibida positivamente o por el contrario puede ser una experiencia negativa. La experiencia negativa se da porque las mujeres en este período sienten fragilidad, vulnerabilidad, estrés y cambios emocionales, pudiendo desencadenar una depresión <sup>1</sup>.

La depresión postparto es una enfermedad que afecta al 10-15% de las mujeres puérperas. Cursa con tristeza intensa y labilidad emocional grave. Pasadas cuatro semanas tras el parto, es el momento en el que hay más posibilidad de que aparezca la DPP <sup>2</sup>.

Ya en el año 700 a.C. es cuando Hipócrates establece una relación entre el período postparto y las alteraciones del estado de ánimo que este conlleva. Algunos autores sin embargo, consideran que Trotula (s. XI d.C.), doctora en Salerno, fue la primera que reconoció la DPP como entidad en su libro *De Passionibus Mulierum Curandarum*. En 1818, Esquirol describió a una mujer que presentó depresión en sus cinco embarazos y en 1858, Louis Victor Mercé publicó el "*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*" (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y nodrizas), considerado como el primer tratado de psiquiatría perinatal. Una de las descripciones más utilizadas de la DPP fue la de Brice Pitt (1968), quien utilizó por primera vez el término de "depresión atípica" para referirse a la DPP, centrándose en el componente ansioso que se observaba en las mujeres, así como la labilidad emocional y la irritabilidad, sentimientos de incapacidad y confusión <sup>3,4</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a más del 15% de la población y a aproximadamente el 22 % de las mujeres en edad fértil. Por ello cada vez se le ha ido dando mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido puerperal. La DPP es un trastorno frecuente e importante que afecta a las mujeres pero puede repercutir en el lactante y en el resto de la familia. A pesar de su

prevalencia, sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada e incomprendida, que no se trata correctamente aunque se han mostrado avances en cuanto a diagnóstico y tratamiento <sup>3,4</sup>.

Cabe destacar que a partir del año 1959 se instala gradualmente en España, el programa de educación maternal, formando parte de las prestaciones de la Seguridad Social <sup>5</sup>.

En cuanto a la magnitud del problema, se diferencian los países en vías de desarrollo de los países desarrollados. En los primeros, las dificultades financieras son mayores, por tanto, se asocian a un incremento del riesgo de DPP, teniendo que realizar intervenciones efectivas dirigidas a estas madres <sup>5</sup>.

La llegada de un hijo supone cambios biológicos, psicológicos y sociales en la mujer, ya que es ella la que vive en primera persona el embarazo y el parto. Está demostrado que muchas mujeres después del parto son muy susceptibles a los cambios hormonales de su cuerpo, lo que da lugar a tristeza en las dos primeras semanas postparto. Este fenómeno es conocido como *baby blues*, que normalmente remite espontáneamente. Sin embargo, si esta situación no remite y se prolonga se puede desarrollar la DPP <sup>6</sup>.

El padre no desarrolla los cambios fisiológicos de la gestación y el puerperio, pero también puede desarrollar profundos cambios psicológicos en relación a su nuevo rol. Así pues, ellos pueden presentar síntomas depresivos en el postparto. A nivel mundial, la prevalencia de que el padre desarrolle DPP es de un 10,4%. Además, hoy en día también dispone de una baja paternal de 16 semanas como la madre, lo que supone un beneficio a la hora de cuidar del bebé y de repartirse las tareas <sup>6</sup>.

Según la literatura internacional se señala que la DPP se ha configurado como un problema de salud pública. Por eso una de las prioridades del Ministerio de Salud es incentivar y promover investigaciones relacionadas con la salud mental de las mujeres en ciclo gravídico puerperal <sup>7</sup>.

El rol de la matrona y la enfermera es de vital importancia en las intervenciones para la prevención, detección y tratamiento de la depresión

postparto, junto con la enfermera especialista en salud mental para prestar atención a las mujeres con problemas psicológicos <sup>2,5</sup>.

Uno de los instrumentos más fiable y utilizado por el personal de enfermería para detectar la DPP es la Escala de Edimburgo (EPDS) y es importante implementarla en las revisiones rutinarias de la mujer para así detectar a tiempo cualquier posible alteración <sup>2</sup>.

Algunos autores afirman que para tratar la DPP son esenciales las intervenciones psicoterapéuticas y deben ser utilizadas como primera opción. La farmacoterapia sería empleada como segunda opción, en caso de fracaso de las intervenciones psicológicas o como ayuda a estas <sup>2</sup>.

**Justificación del trabajo:** tras observar que la DPP es un problema de salud mental infradiagnóstico y que afecta a una gran parte de las mujeres púerperas, se ha decidido realizar una revisión bibliográfica actualizada sobre este tema para conocer el impacto de dicho problema, así como su prevención, diagnóstico, tratamiento e intervención enfermera en el abordaje de esta enfermedad.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Realizar una revisión acerca de la depresión postparto y del papel de enfermería en el abordaje de dicha enfermedad.

### **Objetivos específicos:**

- Evidenciar la importancia de esta enfermedad a pesar de su infradiagnóstico.
- Describir los factores de riesgo para desarrollar DPP, así como los sentimientos y comportamientos más comunes que se producen en esta enfermedad.
- Describir estrategias o intervenciones de enfermería para la prevención y detección de la DPP.
- Determinar la importancia de las intervenciones de enfermería en el apoyo a las pacientes que sufren DPP, una vez diagnosticada la enfermedad.



## METODOLOGÍA

Para la realización del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema de la depresión postparto. La búsqueda se ha realizado en un período de tiempo de tres meses, comenzando el 5 de diciembre de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021. Para realizar la búsqueda se han utilizado diferentes bases de datos como Pubmed, Dialnet, SciELO, etc. prestando atención en aquellos artículos que contienen la información requerida de los objetivos fijados previamente. Se han utilizado las siguientes palabras clave: "puerperio" "depresión", "depresión postparto", "enfermería", "atención enfermera", "educación", "embarazo". Además se ha empleado el operador booleano "AND". (Tabla 1)

Se han consultado también páginas de diferentes organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) para contrastar información encontrada en los diferentes artículos. Y se han utilizado buscadores como AlcorZe. Así mismo se han utilizado las revistas "matronas profesión" y "enfermería global". (Tabla 2). Se realizó también una consulta con el servicio de Matrona de Atención Primaria de Huesca Rural para recabar información sobre la intervención de la matrona en la enfermedad de la DPP.

Este proceso de búsqueda de información queda representado en un diagrama de flujo. (Anexo I)

La estrategia de búsqueda se limitó fijando unos criterios de inclusión y exclusión. (Tabla 3).

**Tabla 1. Metodología de la revisión bibliográfica.**

Bases de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos encontrados	Artículos utilizados	Referencias bibliográficas
Pubmed	"Postpartum depression"	- Texto completo. - Artículos revisados. - 5 años. - En inglés y español.	313	3	4, 6, 11

		- En humanos.			
Pubmed	"Postpartum period" AND "nursing care"	- Texto completo. - Artículos de revista. - 5 años. - En inglés y español. - En humanos.	473	3	12, 17, 21
Science Direct	"Postpartum period" AND "depression"	- 2017-2021. - Acceso libre. - Artículos revisados y artículos de investigación	564	2	9, 13
Dialnet	"Postpartum depression" AND "nursing"	- Texto completo. - De 2010 a 2019. - Idioma inglés, español y portugués.	9	2	2, 5
Dialnet	"Postpartum period" AND "depression"	- Texto completo. - Idioma inglés, español y portugués. - Últimos 10 años.	34	6	3, 8, 10, 14, 15, 16

Dialnet	"Pregnancy" AND "education" AND "nursing care"	- Texto completo. - Idioma inglés, español y portugués. - Últimos 10 años.	21	1	18
Dialnet	"Pregnancy" AND "nursing"	- Texto completo. - Idioma inglés, español y portugués. - Últimos 10 años.	170	2	1, 23
Cochrane	"Postpartum period" AND "education"	-2011-2021.	11	1	20
SciELO	"Pregnancy" AND "postpartum period" AND "education"	- Idioma inglés, español y portugués. - Últimos 10 años. - Temática de ciencias de la salud.	22	1	19

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 2. Búsqueda bibliográfica en revistas de enfermería.**

Revistas de enfermería	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados	Referencias bibliográficas
Matronas profesión	"Postpartum period" AND "nursing"	2	1	22
Enfermería global	"Postpartum depression"	3	1	7

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 3. Criterios de selección de la información.**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"><li>- Antigüedad de 10 años.</li><li>- Idioma en castellano, inglés y portugués.</li><li>- Acceso a texto completo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Artículos que se relacionen con intervenciones ajenas a enfermería.</li><li>- Artículos que traten exclusivamente la psicología.</li><li>- Artículos que no respondan a los objetivos descritos.</li></ul>

Fuente: elaboración propia.

## DESARROLLO

### Clasificación de la depresión postparto

En función de la gravedad del trastorno de ánimo que se puede experimentar en el puerperio, se diferencia:

- Depresión postparto leve: afecta a un 50-80% de las mujeres púerperas. Los síntomas como irritabilidad, ansiedad y tristeza comienzan entre el segundo y el cuarto día.
- Depresión postparto mayor: prevalencia entre el 10-15% de las púerperas. Suele iniciarse a las dos o tres semanas tras el parto. Los síntomas más frecuentes son fatiga, tristeza, alteración del sueño y del

apetito, falta de concentración, sentimiento de culpa y sobreprotección del niño y miedo a hacerle daño.

- Psicosis postparto: es una enfermedad grave y aguda, mucho menos frecuente que las dos anteriores. Aparece en 1-2 mujeres de cada 1000 puérperas. En esta situación puede haber intento de autolesión o de lesionar al bebé <sup>3</sup>.

### **Patogenia de la DPP**

La causa de la DPP es una interacción entre factores biológicos y ambientales, sobre todo en mujeres que presentan vulnerabilidad. Dicha vulnerabilidad puede presentarse mediante tres vías:

- Vulnerabilidad genética: los factores genéticos constituyen el 40% en la predisposición para desarrollar DPP. Se encuentra una relación entre la elevada expresión de genotipos del gen transportador de la serotonina y la presencia de síntomas depresivos en las ocho semanas posteriores al parto.
- Vulnerabilidad neurohormonal: algunas mujeres tienen predisposición para experimentar episodios afectivos en las etapas de cambios hormonales como embarazo y puerperio. No hay una hormona exclusiva que sea responsable de la sintomatología depresiva en el postparto pero sí existe una asociación de diferentes acontecimientos hormonales relacionados con el parto y el postparto. Se considera que las mujeres susceptibles a un descenso brusco de las hormonas gonadales en el periodo del postparto presentan un riesgo mayor de sufrir DPP.
- Vulnerabilidad psicológica: hace referencia a las estrategias de afrontamiento que presenta la mujer, así como las redes de apoyo disponibles. Esta vulnerabilidad suele darse con mayor frecuencia en mujeres muy perfeccionistas o que buscan en todo momento evitar el daño o el error <sup>8</sup>.

### **Factores de riesgo y sintomatología de la DPP**

Diversos estudios demuestran que una mayor exposición a acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo se asocian con mayores tasas de

desarrollo de DPP. Estos acontecimientos vitales estresantes negativos son los considerados factores de riesgo (Tabla 4). Además, el riesgo es especialmente alto en mujeres con antecedentes de problemas de salud mental. Y en las madres adolescentes la prevalencia de la DPP es el doble de la observada en las adultas, por tanto se deberá prestar especial atención a este grupo de madres más vulnerables <sup>9, 10, 11</sup>.

**Tabla 4. Factores de riesgo para el desarrollo de la depresión postparto.**

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO
Depresión durante el embarazo
Ansiedad durante el embarazo
Eventos vitales estresantes durante el embarazo o en el puerperio inmediato
Parto traumático
Parto prematuro/recién nacido ingresado en cuidados intensivos
Baja red de apoyo
Antecedentes previos de depresión
Problemas con lactancia

Fuente: Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]; 31 (2): p. 139-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183>

La sintomatología en la DPP es similar a otros cuadros depresivos que se presentan en otras etapas de la vida. (Tabla 5).

**Tabla 5. Síntomas de la DPP.**

SÍNTOMAS DE LA DPP
Desánimo
Anhedonia

Irritabilidad
Labilidad
Fatiga o falta de energía
Insomnio/Hipersomnia
Sentimientos de inutilidad relacionados con el cuidado del bebé
Capacidad disminuida para pensar o concentrarse
Ansiedad severa en relación a los cuidados y bienestar del hijo

Fuente: Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]; 31 (2): p. 139-149. Disponible en: [https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183](https://www.sciencedirect.com/cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183)

### **Diagnóstico de la DPP**

Para el diagnóstico de la DPP se utilizan instrumentos que detectan de forma precoz cuadros depresivos en mujeres durante el embarazo o el postparto y así poder captar las que tienen mayor riesgo de desarrollo de depresión con la finalidad de poder intervenir con la mayor prontitud <sup>9</sup>.

La DPP es una enfermedad establecida y reconocida, pero a pesar de ello menos del 50% de las pacientes afectadas son diagnosticadas en los controles de salud rutinarios. Por tanto para ayudar a diagnosticarla se utilizan unos instrumentos de tamizaje como la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS) y las preguntas Whooley <sup>9</sup>.

- EPDS: es un instrumento simple y rápido de aplicar y contestar. Principalmente se aplica en el postparto reciente de las mujeres, aunque también su uso es válido durante el embarazo. El momento más indicado para para aplicar esta escala es la octava semana tras el parto, ya que es el periodo donde la incidencia de la DPP es máxima y también coincide con la disminución de los síntomas adaptativos normales. (Anexo II)
- Preguntas Whooley: las dos primeras preguntas incluyen dos criterios principales del diagnóstico de un episodio depresivo mayor acorde al

DSM V, que son ánimo depresivo y anhedonia. Si estas dos preguntas son afirmativas, se realiza una tercera pregunta haciendo referencia a la necesidad de pedir ayuda <sup>9</sup>. (Anexo III)

Por tanto, si en alguno de estos dos instrumentos aparece sintomatología depresiva, es necesario considerar la derivación de la madre a profesionales de salud mental <sup>9</sup>.

### **Tratamiento de la DPP**

En cuanto al tratamiento de la DPP no psicótica, se deben considerar dos tipos de estrategias. Por un la lado la psicoterapia y por otro lado el tratamiento farmacológico. Así mismo, se deben tener en cuenta distintos factores para el tratamiento durante el puerperio <sup>9</sup>. (Tabla 6).

**Tabla 6. Factores a considerar para el tratamiento durante el puerperio.**

FACTORES A CONSIDERAR PARA EL TRATAMIENTO DURANTE EL PUERPERIO
El puerperio es un periodo de especial vulnerabilidad psíquica
Puede ser el momento de inicio o descompensación de un trastorno mental
El bienestar materno es fundamental para el adecuado desarrollo del bebé
La lactancia favorece el bienestar materno y la salud del lactante
El estado mental materno es el factor determinante para recomendar el inicio de un tratamiento farmacológico
La mayoría de los psicofármacos son seguros para la lactancia
Una adecuada monitorización (observación) minimizaría los posibles efectos adversos
Para el adecuado tratamiento de la diada madre-bebé es necesario un equipo multidisciplinario

Fuente: Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]; 31 (2): p. 139-149. Disponible en:



- *Intervenciones psicoterapéuticas*

Las intervenciones psicoterapéuticas están indicadas para las mujeres que tienen riesgo pero que permanecen asintomáticas o presentan síntomas leves o moderados de DPP y que se encuentran en lactancia y no desean usar fármacos. Las medidas recomendadas y utilizadas son la psicoeducación, que consiste en explicar tanto a la madre como a la familia la naturaleza del trastorno, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de un fracaso personal. También mediante la psicoeducación se fomentan técnicas de autocuidado para la madre y se ofertan las redes de apoyo a las que puede recurrir en busca de ayuda, ya que es de gran importancia que las puérperas obtengan apoyo social durante el postparto y la maternidad, porque afecta positivamente en el rol de madre y se fortalece la relación madre-hijo <sup>12</sup>.

En cuanto al autocuidado de la madre es imprescindible perturbar lo menos posible los ritmos circadianos, ya que si no se producen trastornos del sueño, se evitará en mayor medida el desarrollo de la DPP. A ser posible para el cuidado del niño en la noche se debe relevar a la madre, ya que esta medida ha demostrado ser muy beneficiosa <sup>13</sup>.

Las psicoterapias estudiadas científicamente para aplicar son la cognitivo-conductual y la interpersonal. Esta última se centra en la transición de roles y en la adquisición de nuevas habilidades vinculadas a la maternidad <sup>13</sup>.

Siguiendo la psicoterapia cognitivo-conductual, destacan las intervenciones basadas en el Mindfulness que reducen el estrés y la ansiedad y están adaptadas al período perinatal <sup>9, 13</sup>.

- *Farmacoterapia*

El uso de la farmacoterapia estará influenciado por la lactancia materna. La decisión de usar un antidepresivo mientras se amamanta se sustentará en un análisis riguroso de riesgos y beneficios <sup>14</sup>.

Muchos antidepresivos se consideran seguros en la lactancia ya que su excreción a la leche materna es variable según el fármaco. La elección del fármaco viene dada por la cantidad que pasa a la leche materna, además de tener en cuenta los efectos secundarios en el lactante. El paso del fármaco a la leche es mínimo y en la práctica no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, si un niño desarrolla síntomas anormales y se sospecha que están relacionados con el fármaco, se debe suspender la lactancia inmediatamente. Por tanto, cuando la madre comienza tratamiento con antidepresivos debe establecerse una vigilancia de signos y síntomas adversos en el lactante <sup>14</sup>.

En casos severos de DPP, donde ya tiene lugar la ideación suicida debe considerarse la hospitalización y la terapia electro convulsiva (TEC), siendo una técnica segura, rápida y eficaz <sup>14</sup>.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son el tratamiento de primera línea en el manejo de la DPP, sobre todo para madres que dan lactancia. Los más empleados y estudiados son la fluoxetina, sertralina, escitalopram y citalopram. Dosis de 20-40mg de fluoxetina se traducen en niveles plasmáticos bajos en el lactante, pero más altos que en el caso de otros ISRS. Se han reportado algunos casos que durante el tratamiento con fluoxetina de 20mg el bebé presentaba irritabilidad, llanto excesivo y alteraciones del apetito y del sueño. Son efectos que no revisten gravedad y ceden al suspender el tratamiento <sup>14</sup>.

La sertralina también ha sido estudiada y se encontraron niveles bajos en la leche materna y niveles indetectables en el plasma del niño. Por ello, diversos autores coinciden en que es el tratamiento de primera elección en la DPP durante la lactancia <sup>14</sup>.

- *Duración del tratamiento farmacológico:*

Actualmente no se conoce la duración más óptima del tratamiento de la DPP, pero se recomienda mantener la terapia al menos 12 meses. Si se desea que el tiempo sea menor, se recomienda prolongarlo hasta que los cambios hormonales hayan finalizado, como es el caso del retorno de la menstruación, entre otros <sup>14</sup>.

Es importante diferenciar a aquellas pacientes que presentan síntomas graves de DPP como la ideación suicida con un plan establecido. En este caso estaría diagnosticada una DPP mayor, en la cual la psicoterapia y el tratamiento farmacológico no serían suficientes. Ante esta situación se derivaría a la puérpera al servicio de psiquiatría para realizarle una valoración exhaustiva e implantar el abordaje necesario e inmediato correspondiente. En estos casos severos la hospitalización podría ser necesaria <sup>14</sup>.

Hay un alto riesgo de recidiva de esta patología puerperal, por tanto en la evaluación de toda gestante, se debe preguntar sobre antecedentes de episodios depresivos. Así pues en los casos en los que ya ha habido una DPP previa, se toman medidas generales como la psicoeducación y si precisa medidas específicas como la psicoterapia o el tratamiento farmacológico <sup>9, 13</sup>.

### **Prevención de la DPP**

La DPP es un problema de gran impacto en la salud de las gestantes, por tanto, es importante utilizar las herramientas y los servicios disponibles para prevenirla. Se pone de manifiesto la necesidad de realizar un buen cribado durante el embarazo, mediante una adecuada y temprana historia clínica, examen físico y examen del estado mental, valorando antecedentes y factores de riesgo. La prevención de la DPP debe ser un abordaje individualizado desde que la mujer se queda embarazada y que debe continuar durante el postparto. De esta manera se podrá prevenir su aparición e identificar los síntomas de manera precoz en caso de presentarse <sup>15, 16</sup>.

La OMS publicó una guía para el manejo de la depresión perinatal "*Thinking healthy, a manual for psychosocial management of perinatal depression*" (*mhGAP-IG*), que establece recomendaciones de intervenciones psicológicas y psicosociales desde el embarazo hasta el décimo mes del bebé, para prevenir la aparición de la DPP. Las recomendaciones son las siguientes:

- Las intervenciones psicosociales deben ser la primera línea de tratamiento durante el embarazo y el postparto.
- Incorporar principios generales de cuidado: comunicación sensible, clara y empática con la mujer y familiares, así como apoyo social.

- Proporcionar psicoeducación para evitar la sobremedicación.
- Proporcionar psicoterapia cognitivo conductual, si está disponible.
- Proporcionar tratamientos complementarios como actividad física estructurada, relajación y uso de técnicas de resolución de problemas.
- Reactivar la red de apoyo social de la madre.
- Considerar el bienestar psicológico y físico de la madre, junto con el vínculo madre-hijo <sup>9</sup>.

### **Influencia de la depresión postparto en el vínculo y desarrollo de los hijos**

Algunos estudios señalan que la salud mental de la madre durante el embarazo y el postparto presenta gran importancia para el desarrollo cognitivo, social y emocional de su hijo. La DPP se relaciona con un mayor riesgo de efectos adversos en el desarrollo infantil pudiendo afectar la salud mental del niño. Se ha demostrado que los hijos de madres deprimidas tienen más riesgo de desarrollar síntomas depresivos en una edad temprana, ocasionando problemas de conducta, mal temperamento y dificultades en las relaciones con los demás <sup>9, 17</sup>.

Además, se desarrollan problemas emocionales que interfieren sobre el apego y el vínculo madre-hijo. Según la Teoría del Apego de Bowlby, las personas que tengan relaciones afectivas sólidas o de apego seguro durante la infancia, desarrollarán en el futuro personalidades firmes y asentadas que les facilitarán las relaciones con los demás y el crecimiento personal <sup>9, 17</sup>.

Es de suma importancia la identificación y el tratamiento temprano de la depresión perinatal y de la DPP, ya que así se podrá garantizar un desarrollo infantil óptimo, una buena salud mental del niño y un vínculo y apego con la madre más reforzado <sup>9, 17</sup>.

### **Influencia de enfermería en programas de atención al embarazo y preparación al parto y crianza**

Durante la gestación se producen cambios físicos, psicoemocionales y sociofamiliares y aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos en la mujer. Por tanto, la educación maternal (EM) se imparte en embarazo

y puerperio, momentos de máxima vulnerabilidad. Estos programas contemplan objetivos y estrategias dirigidas a trabajar el empoderamiento de las mujeres <sup>18</sup>.

Los programas de EM surgieron a principios del siglo XX en Europa para atender las necesidades de las mujeres en los partos y disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil. Así mismo numerosas investigaciones muestran que son útiles y eficaces para mejorar la salud tanto del niño como de la madre y actualmente se aplican tanto en la sanidad pública como privada <sup>18</sup>.

La educación prenatal tiene como objetivo prestar información a los futuros padres para ayudarles en la preparación al parto y a la posterior crianza del bebé. Es en el periodo prenatal cuando las mujeres deben empezar a asistir a programas educacionales para que puedan experimentar el parto positivamente, tengan un puerperio con menos complicaciones y tengan éxito en la lactancia <sup>19</sup>.

En el periodo de postparto inicial también surgen muchas dudas y necesidades de aprendizaje. La crianza tiene gran importancia para el desarrollo de niños sanos. Los nuevos padres tienen que aprender tras el nacimiento de un hijo y no siempre tienen el apoyo que necesitan o modelos de conducta a imitar <sup>20</sup>.

La Atención Primaria de Salud (APS) es el nivel desde donde se lleva a cabo fundamentalmente, la atención de salud de las mujeres, por tanto es donde se desarrollarán la mayoría de programas para la embarazada y la puérpera. Diversos estudios ponen de manifiesto que la APS tiene los recursos físicos para proporcionar cuidados a las embarazadas y puérperas pero por el contrario tiene escasez de recursos humanos y materiales <sup>21</sup>.

La EM puede abordarse desde dos perspectivas, ya sea de manera grupal en las cuales las mujeres puedan intercambiar información sobre sus experiencias y vivencias o de forma individual. Los profesionales de salud, especialmente los profesionales de enfermería son los responsables de llevar a cabo estos programas de educación maternal y deben estar formados en este ámbito ya que ejercerán el rol de educadores y promotores de salud <sup>21</sup>.

Actualmente, se aprecian indicadores maternos en los que se detecta una falta de información, una falta de cuidados de calidad, no personalizados, mayor necesidad de cuidados para la madre y para el bebé y la necesidad de una mayor cercanía con los profesionales de enfermería. La atención al postparto es fundamental, porque es un período de grandes cambios. Así pues, se sabe que la matrona es la profesional de enfermería mayor cualificada para prestar ayuda a la madre con el objetivo de que estos cambios sean lo menos agresivos posible. Por todo ello, es primordial la existencia de programas de educación sanitaria aplicados al periodo de gestación, parto y puerperio, ya que mediante la participación activa y consciente de la familia se conseguirá la preparación necesaria para asumir el rol de madre <sup>22, 23</sup>.

## **CONCLUSIONES**

La depresión postparto es una enfermedad de gran impacto en nuestra sociedad que está infradiagnosticada y no tratada correctamente aun siendo un problema de Salud Pública. El riesgo de aparición es mayor si la mujer presenta factores de riesgo como ansiedad o antecedentes de depresión. Para prevenirla es necesario realizar un buen cribado durante el embarazo que debe continuar a lo largo del postparto, mediante intervenciones psicosociales, comunicación sensible, clara y empática con la mujer y sus familiares, apoyo social, psicoeducación, así como tratamientos complementarios como actividad física estructurada, relajación y uso de técnicas de resolución de problemas.

Es importante la identificación y el tratamiento temprano de la DPP para garantizar un desarrollo infantil óptimo, una buena salud mental del niño y un vínculo y apego con la madre más reforzado.

Resulta beneficioso llevar a cabo programas de educación maternal para la embarazada y la puérpera. Los profesionales de enfermería deben de estar formados en este ámbito, ya que la EM es una intervención necesaria. Actualmente hay indicadores maternos en los que se detecta falta de información, falta de cuidados de calidad, no personalizados, mayor necesidad de cuidados para la madre y el bebé y la necesidad de una mayor

cercanía con los profesionales de enfermería. Por todo ello, es primordial la existencia de programas de educación sanitaria aplicados al periodo de gestación, parto y puerperio, en los cuales la enfermera de atención primaria, la matrona o la enfermera especialista en salud mental juegan un papel importante.

A pesar de los avances en el abordaje de la DPP, casi la totalidad de artículos revisados coinciden en que aún se debe seguir investigando y evolucionando en esta materia de salud para que el manejo de esta enfermedad sea efectivo y se pueda prevenir, diagnosticar y tratar correctamente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arnau Sánchez J, Martínez Ros MT, Castaño Molina MA, Nicolás Vigueras MD, Martínez Roche ME. Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. Aquichan [Internet]. 2016 [citado 30 Enero 2021]; 16 (3): p. 370-381. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=5727293>
2. Marmi Camps M. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión postparto. MUSAS [Internet]. 2017 [citado 30 Enero 2021]; 2 (1): p. 57-85. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=5888689>
3. Miranda Moreno MD, Bonilla García AM, Rodríguez Villar V. Depresión postparto. Trances [Internet]. 2015 [citado 1 Febrero 2021]; 7 (3): p. 499-508. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6427664>
4. Falana SD, Carrington JM. Postpartum depression: Are you listening? Nurs Clin North Am [Internet]. 2019 [citado 1 Febrero 2021]; 54 (4): p. 561-567. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31703781/>
5. Suárez-Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto. NURE Investigación [Internet]. 2012 [citado 1 Febrero 2021]; (60): p. 1-17. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=7668746>
6. Pérez CF, Brahm MP. Depresión postparto en padres, ¿por qué también es importante? Rev Chil Pediatr [Internet]. 2017 [citado 1 Febrero 2021]; 88 (5): p. 582-585. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29546941/>
7. Rodrigues da Silva Barbosa MA, Ángelo M. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Enferm Global [Internet]. 2016 [citado 2 Febrero 2021]; 15 (2): p. 232-255. Disponible en: <https://revistas.um.es/global/article/view/205561>



8. Adam Torres G. Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud. [Tesis doctoral]. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/tesis?codigo=87476>
9. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]; 31 (2): p. 139-149. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183>
10. Alvarenga P, Bitencourt Frizzo G. Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. Paideia [Internet]. 2017 [citado 10 marzo 2021]; 27 (66): p. 1-9. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=7296927>
11. Dinwiddie KJ, Schillerstrom TL, Schillerstrom JE. Postpartum depression in adolescent mothers. Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 2018 [citado 20 marzo 2021]; 39 (3): p. 168-175. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28574297/>
12. Tambag H, Turan Z, Tolun S, Can R. Perceived social support and depression levels of women in the postpartum period in Hatal, Turkey. Niger J Clin Pract [Internet]. 2018 [citado 12 marzo 2021]; 21 (11): p. 1525-1530. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30417855/>
13. Jadresic E. Depresión postparto en el contexto del hospital general. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2017 [citado 12 marzo 2021]; 28 (6): p. 874-880. Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864017301426>
14. Solís Solano M, Pineda Mejía AL, Chacón Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión postparto. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019 [citado 14 marzo 2021]; 4 (6): p. 90-99. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=7070474>
15. Villegas Loaiza N, Paniagua Dachner A, Vargas Morales AV. Generalidades y diagnóstico de la depresión postparto. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2019 [citado 14 marzo 2021]; 4 (7). Disponible

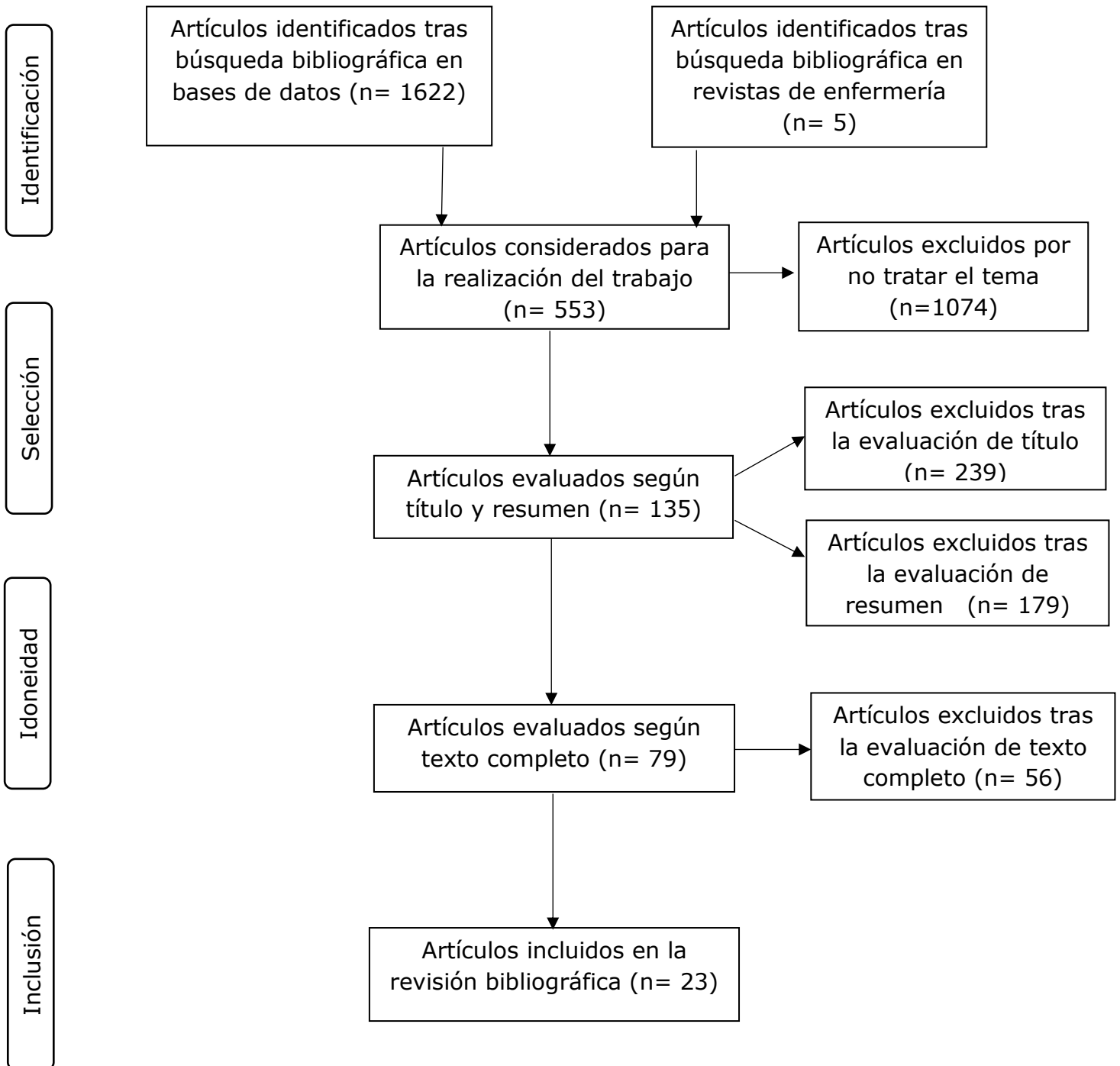
- en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=7070488>
16. Malpartida Ampuria MK. Depresión postparto en atención primaria. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 [citado 14 marzo 2021]; 5 (2). Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=7399124>
  17. Hidayat MM, Rachmawati IN, Gayatri D. Angustia prenatal y aumento de los riesgos psicosociales en el período postparto entre las mujeres indonesias. Enferm Clin [Internet]. 2019 [citado 15 marzo 2021]; 29 (2): p. 476-481. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303517/>
  18. Fernández Fernández Arroyo M. Los programas de educación maternal y el empoderamiento de las mujeres. MUSAS [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2021]; 2 (1): p. 3-20. Disponible en: <https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=5888692>
  19. Pereira da Silva E, Teixeira da Lima R, Osório MM. Impacto de las estrategias educativas en la atención prenatal de bajo riesgo: revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios. Cien Saude Colect [Internet]. 2016 [citado 16 marzo 2021]; 21 (9): p. 2935- 2948. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n9/2935-2948/>
  20. Bryanton J, Beck CT, Montelpare W. Educacion posnatal de padres para la optimización de la salud infantil general y las relaciones entre padres e hijos. [Internet]. 2013 [citado 16 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004068.pub4/full/es?highlightAbstract=postpartum%7Ceduc%7Cperiod%7Ceducation>
  21. Baratieri T, Natal S. Acciones del programa de postparto en la atención primaria de salud: una revisión integradora. Cien Saude Colect [Internet]. 2019 [citado 16 marzo 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31664395/>
  22. Frade J, Pinto C, Carneiro M. Ser padre y ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. Matronas prof [Internet]. 2013 [citado 16 marzo 2021]; 14 (2): p. 45-51. Disponible

en: <https://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/ser-padre-y-ser-madre-en-la-actualidad-repensar-los-cuidados-de-enfermeria-en-el-puerperio/>

23. Osorio Castaño JH, Carvajal Carrascal G, Rodríguez Gázquez MA. Preparación para la maternidad durante el embarazo. Invest educ enferm [Internet]. 2017 [citado 16 marzo 2021]; 35 (3): p. 295-305. Disponible en: [https://dialnet-unirioja-es.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6185053](https://dialnet-unirioja.es/cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6185053)

# ANEXOS

## ANEXO I. Diagrama de flujo. Identificación de artículos a través de la revisión bibliográfica



Fuente: elaboración propia.

## ANEXO II. Escala de depresión postnatal de Edimburgo

### Cuestionario Sobre la Depresión Postnatal Edimburgo (EDPS)

Nombre.....

Dirección.....

Su fecha de nacimiento.....

Fecha de nacimiento del bebé.....Teléfono.....

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

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

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

**Interpretación:** durante el embarazo, un porcentaje mayor o igual a 13 indica sospecha de depresión, en el postparto, una puntuación mayor o igual a 10 indica sospecha de depresión postparto. Una respuesta positiva en la pregunta 10 (presencia de ideación suicida) requiere evaluación más exhaustiva y/o derivación a psiquiatría.

Fuente: Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]; 31 (2): p. 139-149. Disponible en: [https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183](https://www.sciencedirect.com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183)

### **ANEXO III. Preguntas Whooley**

PREGUNTAS WHOOLEY: GUÍAS NICE (National Institute for Health and Care Excellence Great Britain).

1. ¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?
2. ¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?

En caso de contestar SI a las dos anteriores:

3. ¿Sientes que necesitas ayuda?

Fuente: Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2020 [citado 8 marzo 2021]; 31 (2): p. 139-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S0716864020300183>

## **ANEXO IV. Entrevistas de Educación Maternal**

### **• Entrevista a grupo de embarazadas sobre la Educación Maternal (EM).**

1. Dudas/preocupaciones ahora en el embarazo y con respecto al futuro
  - ¿Qué dudas se les plantean ahora y principales preocupaciones con respecto a las etapas que están por venir (parto, posparto, en casa con el bebé)?
2. Fuentes que utilizan para resolver esas dudas
  - ¿De qué modo las resuelven? Internet, amigas, madres... ¿Qué tipo de información buscan?
  - ¿Cómo resolverán las dudas que se les planteen en el futuro?
3. Utilidad de las clases de EM
  - ¿Acuden o no a las clases de EM? ¿Tienen intención de acudir?
  - Motivación para acudir o para no acudir a las clases.
  - Si no han acudido, ¿qué expectativas tienen con respecto a las clases? ¿Creen que saldrán preparadas para afrontar el parto, tomar decisiones con respecto a hacer uso o no de la epidural, reconocer signos de alarma durante el embarazo, saber cuándo acudir al hospital, decidir por qué tipo de lactancia optarán e iniciarla, etc.?
  - ¿Realizan o tienen pensado realizar alguna actividad alternativa o complementaria a las clases? (Gimnasia o natación para embarazadas, grupos de crianza, masaje etc.). Motivación de su uso.
  - Componente de socialización de las clases: ¿es importante?
4. Si tuvieran que diseñar ellas una EM adecuada a sus necesidades...
  - Calendario y duración del programa.
  - Cantidad de información (mejor mucha o poca; relación con la ansiedad).
  - Contenido de la información.
  - Metodología de las clases (más teoría, más práctica, clases magistrales vs. clases participativas, participación de los padres, participación de otros profesionales, clases a la carta, materiales para el aprendizaje).
5. Ideas importantes que no han salido y les gustaría comentar.



- **Entrevista a grupo de puérperas sobre la Educación Maternal (EM).**

1. Dudas/preocupaciones a lo largo del proceso
  - ¿Qué dudas se les plantearon? ¿Principales preocupaciones?
2. Fuentes que utilizan para resolver esas dudas
  - ¿Sintieron la necesidad de resolver estas dudas?
  - ¿De qué modo las resolvieron? Internet, amigas, madres, etc.
3. Utilidad de las clases de EM
  - ¿Acudieron o no a las clases de EM?
  - Motivación para acudir o para no acudir a las clases.
  - ¿Resolvió la EM las dudas y preocupaciones que tenían?
  - ¿Qué han conocido después? ¿Qué les hubiera venido bien saber antes?
  - ¿Se cumplieron sus expectativas con respecto a las clases?
  - ¿Realizaron alguna actividad alternativa o complementaria a las clases? (Gimnasia o natación para embarazadas, grupos de crianza, masaje etc.). Motivación de su uso.
  - ¿Se sintieron preparadas al arranque del parto, durante el parto y tras el parto?
  - ¿Pudieron aplicar las técnicas aprendidas en las clases durante la dilatación en el parto o en la lactancia?
  - Componente de socialización de las clases: ¿es importante?
4. Posibles cambios en la EM
  - Calendario y duración del programa.
  - Cantidad de información (mejor mucha o poca; relación con la ansiedad).
  - Contenido de la información.
  - Metodología de las clases (más teoría, más práctica, clases magistrales vs. clases participativas, participación de los padres, participación de otros profesionales, clases a la carta, materiales para el aprendizaje...).
5. Ideas importantes que no han salido y les gustaría comentar.

Fuente: Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación

maternal. Aten Prim [Internet]. 2016 [citado 16 marzo 2021]; 48 (10): p. 657-664. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27039971/>

