



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Revisión bibliográfica: la depresión posparto y su repercusión en el núcleo familiar

“Bibliographic review: postpartum depression and its impact on the family nucleus”

Autora
Laura Orgaz Martín

Directora
Laura Lasso Olayo

Facultad de Ciencias de la Salud

2022/2023

ÍNDICE:

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGÍA.....	5
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSIÓN	22
6. CONCLUSIONES	27
7. BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	35

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La depresión posparto (DPP) es un trastorno depresivo que ocurre durante el periodo perinatal. Frecuentemente, estas madres sienten un deterioro en el vínculo madre-bebé, perjudicando el desarrollo infantil. Además, la relación con su pareja puede verse afectada, pudiendo desencadenar la depresión paterna. Muchas veces no se notifican los síntomas, impidiendo un correcto diagnóstico y tratamiento. Es un problema de salud pública a nivel mundial puesto que tiene una incidencia del 10-15% y se considera el trastorno psiquiátrico más frecuente durante el puerperio.

OBJETIVO: Realizar una revisión bibliográfica para identificar las consecuencias que tiene la depresión posparto en la madre y en su núcleo familiar destacando los efectos en el recién nacido y en la pareja.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los últimos diez años en las bases de datos *PubMed*, *Sciencedirect* y *Scielo* con el fin de obtener información actualizada de las consecuencias de la depresión posparto. Para ello se han seleccionado artículos en inglés y español accesibles de manera gratuita.

CONCLUSIONES: En los últimos años los estudios sobre la DPP han aumentado considerablemente. No obstante, la inmensa mayoría se han centrado en estudiar manifestaciones aisladas de la DPP sin una visión holística del tema. A nivel general, las publicaciones revisadas señalan que la DPP tiene efectos que se pueden manifestar de formas muy diversas tanto sobre la madre como el RN y la pareja. Son necesarias las medidas de detección precoz por parte del profesional de enfermería, apoyándose en información fiable de la sintomatología y la aplicación de un cribado adecuado, tanto en la madre como en su entorno.

PALABRAS CLAVE: “Depresión posparto”, “Vínculo madre-hijo”, “Desarrollo infantil”, “Consecuencias”, “Padre”, “Experiencia”.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Postpartum depression (PPD) is a depressive disorder that occurs during the perinatal period. These mothers often feel a deterioration in the mother-infant bonding, harming the child development. In addition, the relationship with their partner may be affected and which could also lead to parental depression. Symptoms aren't reported in many times, preventing the correct diagnostic and treatment. It is a global public health issue which has an incidence between 10-15%, hence it is considered the most common psychiatric disorder during puerperium.

OBJECTIVE: To carry out a bibliographic review to identify the consequences of the PPD in both the mother and her family nucleus, emphasizing the effect in the newborn and the partner.

METHODOLOGY: A bibliographic research from the last ten years has been carried out, using the databases *PubMed*, *ScienceDirect* and *Scielo* in order to get updated information about the consequences of the PPD. Only articles in English and Spanish with free full text have been selected.

CONCLUSIONS: Publications about PPD have notoriously raised for the last ten years. However, most of them have focused on isolated manifestations, lacking holistic studies about this topic. Generally, the reviewed papers point out that PPD has diverse effects in the mother as well as the newborn and partner. Nurse professionals should detect PPD in early stages, relying on trustable information about symptomatologies and applying right screening measures in both the mother and its social nucleus.

KEY WORDS: "Postpartum depression", "Mother-infant bonding", "Child development", "Consequences", "Father", "Experience"

1. INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) define la depresión posparto (DPP) como un síndrome asociado con el embarazo o el puerperio, que comienza aproximadamente 6 semanas después del parto, e involucra características mentales y del comportamiento significativas, más comúnmente síntomas depresivos. Aparece bajo la entidad “6E20: Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos” (1).

Además, está incluida en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-V) como “trastorno depresivo durante el periodo perinatal”. Esta denominación es más inclusiva que la perteneciente a la cuarta versión (DSM-IV) ya que incluye como novedad el inicio de dicho trastorno durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto, mientras que DSM-IV únicamente hacía referencia al postparto (2, 3).

Las mujeres con DPP experimentan síntomas comunes a otros cuadros depresivos, como sentimientos de tristeza, fatiga y ansiedad, interfiriendo en las actividades diarias, el autocuidado y el cuidado del recién nacido (RN). Dicho síndrome no incluye delirios, alucinaciones o síntomas psicóticos, ya que estos requisitos cumplen con el diagnóstico de otra enfermedad mental grave denominada psicosis postparto. La DPP y las psicosis sin tratamiento aumentan el riesgo de graves complicaciones, tales como el suicidio e infanticidio (1, 4, 5).

Tampoco describe síntomas depresivos leves y transitorios que pueden suceder poco después del parto, pero que no cumplen con criterios diagnósticos de episodios depresivos. A esto se le denomina tristeza postparto o “baby-blues”. Cabe destacar que el nacimiento de un bebé desencadena diversas emociones en la mujer, siendo frecuente durante la primera semana el llanto, agobio, dificultades para dormir o cambios en el estado de ánimo. La duración de estos suele ser de 2 ó 3 días, hasta 2 semanas. Por lo tanto, cuando dura más de 2 semanas, es incapacitante e interfiere en las actividades diarias, es cuando hablamos de DPP (1, 5, 6).

Los síntomas de la DPP repercuten negativamente en la salud de las madres y del RN. Frecuentemente, las madres no se sienten unidas a sus bebés, debilitando así el vínculo madre-bebé. Esto puede producir a corto o largo plazo problemas emocionales, sociales y cognitivos en el niño. Además, la relación con su pareja puede verse afectada por el estrés, siendo frecuente también la depresión del padre (5).

Muchas mujeres no informan de sus síntomas, imposibilitando el correcto diagnóstico y tratamiento. Esto se debe a que sienten vergüenza y culpabilidad de estar deprimidas ante una circunstancia que a ojos de su entorno social debería brindar felicidad, temiendo ser estigmatizadas como malas madres. Para evitarlo, el profesional debe informarles sobre este trastorno, preguntar acerca de la presencia de dichos síntomas tanto antes como después del parto, y enseñarles a reconocer los signos de depresión que pueden confundirse con los signos normales del posparto (5,7).

La DPP es un problema de salud pública a nivel mundial, ya que tiene una incidencia del 10-15%; se considera el trastorno psiquiátrico más común en el puerperio debido a la vulnerabilidad en la mujer ocasionada por cambios bioquímicos, hormonales y psicológicos. Este trastorno puede afectar a cualquier madre, pero la incidencia es aún mayor en madres adolescentes (26%) y niveles socioeconómicos bajos (38,2%). Se desconoce la etiología exacta, pero sí que sabemos que el riesgo aumenta en caso de antecedentes familiares o personales de depresión, o si ya han padecido DPP en embarazos anteriores (2, 3, 7, 8).

En los controles pre y postparto, todas las mujeres deberían someterse a una prueba de cribado. Existen diversas escalas para la detección precoz de DPP, siendo la más utilizada en la actualidad la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS). Esta escala es de gran ayuda para una correcta evaluación clínica y verificar el diagnóstico, en caso de que resulten valores $\geq 12/13$ (Anexo 1). Como alternativa, en Reino Unido, la guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) recomienda que el profesional realice de manera rutinaria las denominadas preguntas de Whooley (Anexo 2) (5, 9, 10).

El tratamiento frecuentemente incluye psicoterapia, medicamentos o una combinación. Hay varios tipos de psicoterapia que pueden ayudar, destacando la terapia cognitiva-conductual y la terapia interpersonal. Respecto a los medicamentos, generalmente las mujeres son tratadas con antidepresivos. Gracias a un adecuado tratamiento, la sintomatología suele mejorar (4).

JUSTIFICACIÓN:

La DPP es un trastorno subdiagnosticado, con una incidencia alta a nivel mundial, y que afecta a la salud mental y física de la madre, pero también del recién nacido. La llegada de un bebé ocasiona un nuevo vínculo, cambios a nivel familiar y social que obligan a la madre a adaptarse, por lo que puede encontrarse con dificultades para afrontarlos. Este problema tiene una gran dimensión, y es por ello por lo que se considera necesario hacer una revisión bibliográfica y analizar la afectación global de este trastorno.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar una revisión bibliográfica para identificar las consecuencias que tiene la depresión posparto en la madre y en su núcleo familiar destacando los efectos en el recién nacido y en la pareja.

Objetivos específicos:

- Analizar el vínculo madre-bebé y los problemas que se desencadenan cuando este es afectado por la DPP.
- Conocer los efectos a corto y largo plazo de la DPP sobre el desarrollo del recién nacido.
- Investigar la repercusión que tiene la DPP materna en su pareja.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *PubMed*, *ScienceDirect* y *Scielo* durante el mes de febrero y marzo de 2023. Para la determinación de la secuencia de búsqueda, se han seleccionado unas palabras clave a través de algunos

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) que corresponden a los Medical Subject Heading (MeSH), así como otras palabras clave (Tabla 1).

Tabla 1. Palabras clave

Inglés	Español
"Postpartum Depression"	"Depresión Posparto"
"Mother-infant Bonding"	"Vínculo madre-hijo"
"Child Development".	"Desarrollo infantil"
"Consequences"	"Consecuencias"
"Father"	"Padre"
"Experience"	"Experiencia"

Fuente: elaboración propia

Para la elaboración de una cadena de búsqueda más precisa, han sido necesarios los operadores booleanos "AND" y "NOT". Por último, se han determinado unos criterios de selección (Tabla 2) para obtener el perfil de búsqueda deseado (Tabla 3).

Tabla 2. Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Artículos publicados en los últimos 10 años. Se seleccionaron los estudios con un rango de tiempo comprendido entre el 2013 y 2023 - Artículos en inglés o español - Artículos accesibles de manera gratuita 	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos que relacionen la DPP con la COVID-19 - Artículos de depresión posparto paterna, sin ser una consecuencia de la depresión posparto materna - Artículos que no desarrollan los efectos como tal sobre el vínculo, el RN o figura paterna

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Perfil de búsqueda

BASE DE DATOS	“Postpartum depression” AND “mother-infant bonding” NOT “covid”	“Postpartum depression” AND “consequences” AND “child development”	“Pospartum depression” AND “father” AND “experience”	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados	Artículos citados
PubMed	61	53	47	161	22	18
ScienceDirect	32	54	118	204	13	8
Scielo	7	1	1	9	5	2
TOTAL	100	108	166	374	40	28

Aclaración: la palabra clave “COVID” no es una palabra clave del trabajo, pero se ha utilizado para filtrar el número de estudios debido a la relevancia que ha tenido en los últimos años, y, por lo tanto, la cantidad de publicaciones relacionadas con ello.

Fuente: elaboración propia

El proceso de búsqueda de los artículos seleccionados en este estudio queda reflejado en el siguiente diagrama de flujo PRISMA (figura 1). Tras la realización de este, el número de artículos seleccionados para la revisión bibliográfica fueron 28, centrándose 13 de ellos en la repercusión sobre el vínculo, 12 de ellos en el desarrollo del RN a corto y largo plazo, y 5 de ellos en la figura paterna (Tabla 4).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA:

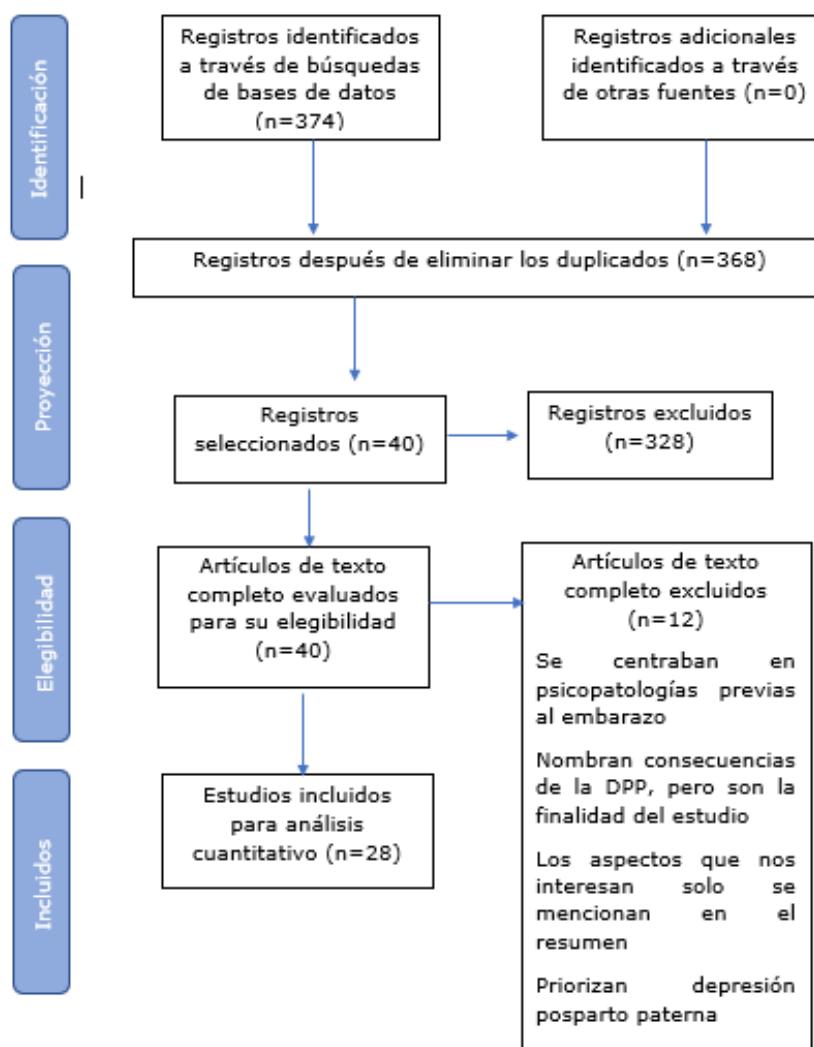


Tabla 4. Artículos obtenidos

AUTOR. AÑO. PAÍS	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO
Hailemeskel et al. 2021. Etiopía (11)	Mother-Infant Bonding and Its Associated Factors Among Mothers in the Postpartum Period, Northwest Ethiopia, 2021.	Estudio transversal
Kolk et al. 2021. Reino Unido (12)	The association between maternal lifetime interpersonal trauma experience and perceived mother-infant bonding.	Estudio de cohortes, longitudinal, prospectivo

Höflich et al. 2022. Austria (13)	Depressive symptoms as a transdiagnostic mediator of mother-to-infant bonding: Results from a psychiatric mother-baby unit.	Estudio longitudinal
Eitenmüller et al. 2022. Alemania (14)	The Impact of Prepartum Depression and Birth Experience on Postpartum Mother-Infant Bonding: A Longitudinal Path Analysis.	Estudio longitudinal
Pey-Ling Shieh y Tsung-Yen Tsai. 2022. China (15)	The prediction of perceived parenting style on mother-infant bonding.	Estudio transversal
Ohara et al. 2016. Japón (16)	Validation and factor analysis of mother-infant bonding questionnaire in pregnant and postpartum women in Japan.	Estudio longitudinal
Kasamatsu et al. 2020. Japón (17)	Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: results from the Japan Environment and Children's study (JECS).	Estudio de cohorte, longitudinal, prospectivo
Motegi et al. 2020. Japón (18)	Depression, Anxiety and Primiparity are Negatively Associated with Mother-Infant Bonding in Japanese Mothers.	Estudio transversal, retrospectivo
Takubo et al. 2019. Japón (19)	Effectiveness of Kangaroo Care for a Patient with Postpartum Depression and Comorbid Mother-Infant Bonding Disorder.	Caso clínico

Tsuchida et al. 2019. Japón (20)	Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study.	Estudio de cohorte, longitudinal, prospectivo
Morgan et al. 2021. Reino Unido (21)	Postpartum Depression Is Associated With Altered Neural Connectivity Between Affective and Mentalizing Regions During Mother-Infant Interactions.	Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.
Barbosa Maria Aparecida Rodrigues da Silva y Ângelo Margareth. 2016. Brasil (22)	Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da familia.	Estudio cualitativo
Slomian et al. 2019. Reino Unido (23)	Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes.	Revisión sistemática
Rotheram-Fuller et al. 2019. Sudáfrica (24)	Maternal Patterns of Antenatal and Postnatal Depressed Mood and the Impact on Child Health at Three Years Postpartum.	Ensayo de control aleatorio
Von Hinke et al. 2022. Reino Unido (25)	Mental health around pregnancy and child development from early childhood to adolescence.	Estudio de cohorte, longitudinal, prospectivo
Dagher et al. 2021. Estados Unidos	Perinatal Depression: Challenges and Opportunities.	Estudio transversal

(26)	Choi et al. 2022. Sudáfrica	Influence of Maternal Childhood Trauma on Perinatal Depression, Observed Interactions, and Child Growth.	Estudio de cohorte longitudinal, prospectivo
(27)	Prado et al. 2021. Indonesia	Maternal depression is the predominant persistent risk for child cognitive and social-emotional problems from early childhood to pre-adolescence: A longitudinal cohort study.	Estudio de cohorte longitudinal, prospectivo
(28)	Jeličić et al. 2022. Serbia	Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's Developmental Outcomes—A Narrative Review.	Revisión narrativa
(29)	Carolina Alvarez, y Dénes Szücs. 2023. Chile	Maternal cognitions and cognitive, behavior and emotional development in middle childhood.	Estudio descriptivo, transversal
(30)	Nix et al. 2021. Irlanda	Perinatal depression and children's developmental outcomes at 2 years postpartum.	Estudio caso-control
(31)	Honda et al. 2023. Australia	Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analyses.	Revisión sistemática y meta-análisis
(32)	Kingston et al. 2018. Canadá	Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child	Estudio de cohorte longitudinal, prospectivo

		externalizing and internalizing behavior at three years.
Szekely et al. 2021. Reino unido, Países Bajos y Canadá (34)	Maternal Prenatal Mood, Pregnancy-Specific Worries, and Early Child Psychopathology: Findings From the DREAM BIG Consortium.	Estudio de cohorte longitudinal, prospectivo
Johansson et al. 2020. Suecia (35)	Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study.	Estudio cualitativo
Frizzo et al. 2019. Brasil (36)	Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo.	Estudio cualitativo
Kamalifard et al. 2014. Irán (37)	Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period.	Estudio descriptivo, transversal
Battle et al. 2021. Estados Unidos (38)	Father's Perspectives on Family Relationships and Mental Health Treatment Participation in the Context of Maternal Postpartum Depression.	Estudio cualitativo

Fuente: elaboración propia

La pregunta de revisión bibliográfica especificada en formato PICO se transcribe de la siguiente forma: ¿En la depresión posparto materna cuáles serían los efectos o consecuencias sobre el vínculo materno-filial, sobre el desarrollo del recién nacido y sobre la pareja? (tabla 5).

Tabla 5. Pregunta de revisión bibliográfica en formato PICO

Paciente o problema	Mujeres con DPP
Intervención	Efectos o consecuencias sobre el vínculo materno-filial, sobre el desarrollo del RN y sobre la pareja.
Comparación	Si la DPP tiene efectos o consecuencias sobre el vínculo materno-filial, sobre el desarrollo del RN y sobre la pareja, o no.
Outcomes o resultados	Principales resultados obtenidos sobre los efectos o consecuencias sobre el vínculo materno-filial, sobre el desarrollo del RN y sobre la pareja. Reflejados en la tabla 6, tabla 7 y tabla 8.

Fuente: elaboración propia

4. RESULTADOS

Tabla 6. Resultados sobre la repercusión de la DPP en el vínculo madre-hijo

Autor	EPDS	Otras medidas	Resultados
Hailemeskel et al. (11)	≥13	Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)	Vínculo deteriorado (emoción y afecto), rechazo o ira patológica (disgusto, odio y arrepentimiento), ansiedad por el cuidado y abuso incipiente. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Kolk et al. (12)	≥13	PBQ	Vínculo deteriorado, rechazo o ira patológica y ansiedad por el cuidado. Puntuación alta EPDS se asocia con peor resultado en PBQ, por lo que la sintomatología depresiva predice problemas en la vinculación.

Höflich et al. (13)	≥ 13	PBQ	Vínculo deteriorado, rechazo o ira patológica y ansiedad por el cuidado. Puntuación alta EPDS se asocia con peor resultado en PBQ, por lo que la sintomatología depresiva predice problemas en la vinculación.
Eitenmüller et al. (14)	≥ 13	PBQ Escala de Vinculación Materno-Fetal (MFAS) Lista de Elementos de Salmon (SIL)	Puntuación alta EPDS se asocia con peor resultado en PBQ, por lo que la sintomatología depresiva predice problemas en la vinculación.
Pey-Ling Shieh y Tsung-Yen Tsai (15)	≥ 12	PBQ Instrumento de Vinculación Parental (PBI)	Vinculación deteriorada, rechazo o ira patológica y ansiedad por el cuidado. Puntuación alta EPDS se asocia con peor resultado en PBQ, por lo que la sintomatología depresiva predice problemas en la vinculación.
Ohara et al. (16)	≥ 9	MIBS-J (Escala de Vinculación Materno-Infantil japonesa)	Falta de afecto y rechazo e ira para MIBS-J en todos los períodos. Puntuaje alto en "rechazo e ira" de MIBS-J se relaciona con puntuaje alto EPDS. También correlación con falta de afecto. Subescalas se corresponden con PBQ. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Kasamatsu et al. (17)	≥ 9	MIBS-J	Falta de afecto, rechazo e ira. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Motegi et al. (18)		MIBS-J Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	Falta de afecto, rechazo e ira. Se corresponden con subescalas PBQ. DPP se asocia con problemas en la vinculación.

Takubo et al. (19)		MIBS-J	Falta de afecto, rechazo e ira. Inseguridad, arrepentimiento, culpabilidad. Falta de concentración, indecisión, pérdida de la energía, del interés y del placer, insomnio y sentimientos de inutilidad. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Tsuchida et al. (20)	≥9	MIBS-J	Falta de afecto, ansiedad por el cuidado. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Morgan et al. (21)			Contradicción: Por síntomas depresivos puede tener una menor capacidad para expresar y regular las emociones. Niveles extremos de preocupación por el RN hacen que priorice las necesidades del bebé. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Barbosa Maria Aparecida Rodrigues (MAR) da Silva y Ângelo Margareth. (22)			Contradicción. En la primera fase: dificultad para resolver el llanto, descontrol, desesperación y distanciamiento. Incapaz de cuidarlo. En la segunda fase: cuidado excesivo. Rechazo y arrepentimiento. DPP se asocia con problemas en la vinculación.
Slomian et al. (23)	≥13		Menor implicación emocional: menor cercanía, calidez, sensibilidad y disponibilidad emocional. Inseguridad en el apego y percepciones negativas en la relación con el RN. DPP se asocia con problemas en la vinculación.

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Resultados sobre la repercusión de la DPP en el recién nacido

Autor	Años de la muestra	Resultados antropometría	Resultados desarrollo motor	Resultados desarrollo cognitivo	Resultados desarrollo del lenguaje	Resultados desarrollo socioemocional	Resultados desarrollo conductual
Slomian et al. (23)	0-3 años	Países de altos ingresos: poca asociación DPP y peso y longitud del RN. Países de bajos ingresos: bajo peso y retraso del crecimiento.	Controversia Un estudio: deficiente a los 6-8 meses. Otro estudio: motricidad fina baja a los 18 meses. Otro estudio: no motricidad fina y gruesa a los 2-6 meses, pero sí a los 12 (grueso) y 18 (fino).	Asociación DPP y desarrollo cognitivo	Asociación DPP y desarrollo del lenguaje	Miedo Niveles más altos de trastornos emocionales como ansiedad	Internalización Temperamento difícil Comportamientos menos maduros Inhibición conductual

Rotheram- Fuller et al. (24)	0-3 años	Asociación en países de altos ingresos. Bajo peso y retraso del crecimiento	Asociación DPP y desarrollo cognitivo	Asociación DPP y desarrollo del lenguaje	Menor escuela	éxito en	Internalización y externalización
Von Hinke et al. (25)	Primera infancia - adolescencia	Bajo peso y retraso del crecimiento	Habilidades cognitivas bajas	Afecta a habilidades socioemocionales Depresión infantil	Internalización y externalización	Graves problemas de conducta, pero problemas con compañeros solo a los 6 años.	
Dagher et al. (26)		Bajo peso y retraso del crecimiento Mayor masa corporal en niño	Asociación DPP y desarrollo cognitivo	Trastornos mentales Temperamento más difícil Niveles bajos de actividad Expresiones faciales Niveles bajos de atención	Internalización y externalización		

Choi et al. (27)	3 meses – 1 año	Retraso del crecimiento al año						
Prado et al. (28)	3-5 años y 9-12 años	Retraso en crecimiento de ambos intervalos de edad	Asociación DPP y desarrollo cognitivo			A los 9-12 años problemas socioemocionales		
Jeličić et al. (29)		Controversia Retraso ligeramente significativo en desarrollo motor fino, pero no significativo el grueso.	Desarrollo cognitivo deficiente	Asociación DPP y desarrollo del lenguaje y habilidades lingüísticas: lectura, ortografía, escritura y aritmética.	Asociación DPP con desarrollo socioemocional deficiente		Internalización y externalización TDAH y TEA	
Carolina Alvarez, y Dénes Szűcs (30)	7-12 años		Asociación DPP y desarrollo cognitivo	Vocabulario repetitivo Funciones ejecutivas deficientes	Autoestima más baja → intimidación en la escuela → peor rendimiento académico. Bullying		Temperamento más difícil Bebés 16-18 meses: poca capacidad de atención.	

			Menor rendimiento matemático	
Nix et al. (31)	2 años	No asociación	No asociación	No asociación
Honda et al. (32)	24-59 meses		Asociación desarrollo socioemocional deficiente	DPP con Internalización y externalización Temperamento más difícil
Kingston et al. (33)	0-3 años		Síntomas emocionales/ansiedad	Internalización Externalización: TDAH, agresión física
Szekely et al. (34)	4-8 años			Internalización Externalización: TDAH

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Resultados sobre la repercusión de la DPP en la pareja

Autor	Descripción de la relación	Responsabilidad	Comunicación	Trabajo	Sentimientos	Otros
Johansson et al. (35)	Tensa Falta de intimidad y deseo sexual.	Asumida por la madre.		Dificultad en combinar trabajo cuidado bebé.	Madre: abandono, soledad y decepción. Avergonzadas y enfadadas.	Padre: no recibe apoyo.
Frizzo et al. (36)	Débil, ambiente negativo.	Madre: bebé y hogar. Padre: economía familiar.	Estrategias para resolución de conflictos no son buenas.		Madre: ánimo deprimido, cansancio, irritabilidad, visión negativa de sí misma y de su alrededor. Padre: frustración. A veces compresión y otras no.	Padre no recibe apoyo.

Kamalifard et al. (37)		Asumidas por el padre. Hogar, trabajo, RN y otros hijos.			Padre: estrés, preocupación, temor.	
Battle et al. (38)	Estrés en la relación prolonga síntomas. Sin tiempo de estar juntos. Algunos más unidos que otros.		Problema de comunicación En discusiones no aportan su visión para no herir sentimientos y disminuyen más la comunicación.	Agotamiento por combinar trabajo con cuidado del bebé y pareja. Necesidad de mantener el empleo → no se dan cuenta del estado emocional de la pareja.	Si uno tiene síntomas, más probabilidades de que el otro también. Padre: preocupación, frustración, abrumación e impotencia. Empatía y deseo de ayudar. Apoyo a la pareja.	Papel de la pareja importante para atención completa. Falta de conocimiento.
Slomian et al. (23)	Distante, fría, difícil.				Madre: se siente poco segura.	Disfunción sexual

Fuente: elaboración propia

5. DISCUSIÓN

CONSECUENCIAS EN EL VÍNCULO MADRE-HIJO:

Al realizar la búsqueda bibliográfica, los 13 estudios seleccionados llegan a la conclusión de que la DPP se asocia significativamente con dificultades en la vinculación madre-hijo (11-23).

La sintomatología depresiva se evalúa a través de EPDS en la mayoría de los estudios, pero para valorar la afectación en el vínculo se utilizan otras medidas como el Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Hailemeskel et al., Kolk et al., Höflich et al. y Eitenmüller et al. consideran DPP si EPDS \geq 13, sin embargo, Pey-Ling Shieh y Tsung-Yen Tsai consideran el punto de corte en 12. Todos ellos estudian los problemas de vinculación a través de PBQ (11, 12, 13, 14, 15).

Hailemeskel et al. explica este cuestionario con sus respectivas subescalas. La primera y más frecuente en este estudio es el vínculo deteriorado, caracterizado por una pérdida de respuesta emocional y afecto por parte de la madre, expresando insatisfacción con sus sentimientos hacia el bebé. La segunda es el rechazo e ira patológica, expresando disgusto, odio y arrepentimiento por el nacimiento de su hijo/a. La tercera es la ansiedad por el cuidado, y la cuarta y menos frecuente es el abuso incipiente, en caso de que llegue a maltrato infantil (11).

Kolk et al., Höflich et al., y Pey-Ling Shieh y Tsung-Yen Tsai solo encuentran asociación de la sintomatología depresiva y dificultades en la vinculación sobre las tres primeras subescalas. Además, consideran que puntuaciones altas en EPDS se asocian con peores resultados en PBQ, por lo que la sintomatología depresiva predice problemas en la vinculación. Eitenmüller et al. están de acuerdo con dicha afirmación (12, 13, 14, 15).

Otros estudios japoneses utilizan la Escala de Vinculación Materno-infantil japonesa (MIBS-J), en la que dos de sus subescalas se corresponden con subescalas de PBQ. Estas son falta de afecto y rechazo e ira, mencionadas en los estudios de Ohara et al., Kasamatsu et al., Motegi et al. y Takubo et al. Por otra parte, Tsuchida et al. se centran en la falta de afecto y la ansiedad por el cuidado. EPDS también es utilizada en los estudios de Ohara et al.,

Kasamatsu et al., y Tsuchida et al., pero considerándose DPP si EPDS ≥ 9 (16, 17, 18, 19, 20).

Morgan et al. mencionan una contradicción respecto a los sentimientos de una madre hacia su bebé. Debido a los síntomas depresivos, la madre puede tener una menor capacidad para expresar y regular sus emociones. No obstante, puede adquirir niveles extremos de preocupación por el RN, priorizando en este caso las necesidades del bebé (21).

Barbosa MAR da Silva y Ângelo Margareth también tratan en su publicación estos sentimientos contradictorios diferenciándolos en fases. En la primera fase experimenta dificultad para resolver el llanto, descontrol, desesperación y distanciamiento; se siente incapaz de cuidarlo, sobre todo si es el primer hijo/a o ante la posibilidad de quedarse a solas con él/ella. Sin embargo, en la segunda fase pasa a tener un cuidado excesivo, ya que, al sentirse insegura de darle los cuidados adecuados, los aumenta. A pesar de esto, siente rechazo y arrepentimiento de su nacimiento (22).

La inseguridad y el arrepentimiento también son mencionados por Takubo et al. Además, la madre se siente culpable cuando no siente felicidad al estar con su hijo, falta de concentración, indecisión, pérdida de energía, interés y placer, insomnio y sentimientos de inutilidad. Slomian et al. informan de que si existen síntomas depresivos hay menor implicación emocional de la madre con el RN, caracterizada por una menor cercanía, calidez, sensibilidad y disponibilidad emocional. También refiere inseguridad y percepciones negativas en la relación con el RN (19, 23).

CONSECUENCIAS EN EL NIÑO:

La DPP materna puede presentar graves consecuencias en el desarrollo fetal, infantil e incluso en la adolescencia. Para indagar acerca de esta repercusión, he realizado una búsqueda bibliográfica basándome en 12 estudios, los cuales abordan distintos aspectos desde una perspectiva antropométrica, así como el desarrollo motor, cognitivo, socioemocional, del lenguaje y del comportamiento (23-34).

Seis de los estudios hablan acerca de la repercusión que tiene la DPP en la antropometría (23-28). Slomian et al. diferencian esta asociación entre países

de altos y bajos ingresos, ya que en los de altos ingresos hay poca correlación entre DPP y peso y longitud del RN. Sin embargo, en los países de bajos ingresos sí que existe dicha relación. Por otra parte, Rotheram-Fuller et al. lo contradicen, ya que señalan el efecto negativo sobre los países con altos ingresos. A pesar de esto, están de acuerdo con el bajo peso y retraso del crecimiento en niños/as de 0-3 años cuyas madres han tenido síntomas depresivos (23, 24).

El bajo peso al nacer también es confirmado por el estudio de Von Hinke et al. y de Dagher et al. Además, este añade la adquisición de un mayor índice de masa corporal posteriormente. Por último, Choi et al. y Prado et al. solo informan sobre un retraso del crecimiento: al año, y a los 3-5 años junto a los 9-12 años, respectivamente (25, 26, 27, 28).

Únicamente dos estudios informan sobre las consecuencias de la DPP sobre el desarrollo motor. Los resultados de los muestreos de Slomian et al. y Jeličić et al. no son lo suficientemente homogéneos como para demostrar dicha correlación (23, 29).

Ocho estudios se centran en la repercusión de la DPP sobre el desarrollo cognitivo; siete de ellos aseguran un desarrollo cognitivo deficiente en las diferentes edades, pero Nix et al. los contradice al no observar una asociación directa (23-26, 28-31).

Cuatro de ellos además observan una afectación en la capacidad del lenguaje (23, 24, 29, 30). Jeličić et al. discuten sobre habilidades lingüísticas como la lectura, ortografía y escritura; así como habilidades matemáticas como la aritmética, resultando menor en niños expuestos a síntomas depresivos maternos. Carolina Alvarez y Dénes Szűcs también mencionan las habilidades matemáticas y añaden una relación negativa entre DPP y vocabulario repetitivo y funciones ejecutivas. Nix et al tampoco están de acuerdo en este aspecto (29, 30, 31).

Diez estudios analizan la DPP y los problemas que se desencadenan en el desarrollo socioemocional (23-26, 28-33). Nix et al. es el único que no aprueba dicha asociación, pero el resto sí que observa un efecto significativo (31). La sintomatología depresiva materna puede desencadenar trastornos

emocionales infantiles como la ansiedad o depresión, según informan Slomian et al., Von Hinke et al., Dagher et al. y Kingston et al (23, 25, 26, 33).

El estudio de Carolina Alvarez y Dénes Szücs informa de la intimidación en la escuela causada por la baja autoestima, empeorando así el rendimiento escolar. Además, estos/as niños/as cuentan con experiencias de bullying. Rotheram-Fuller et al. también mencionan un menor rendimiento académico debido a problemas de adaptación, que repercute en el comportamiento (24, 30).

Nueve estudios describen los problemas de conducta que se desencadenan por la DPP. La mayoría diferencian problemas conductuales de internalización (retraimiento, ansiedad, miedo, depresión y quejas) y externalización (hiperactividad, agresión, desafío y comportamiento destructivo). Sin embargo, Slomian et al. solo afirman problemas de internalización (23-26, 29, 30, 32, 33, 34).

Se pueden desencadenar trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) según Kingston et al., quien también menciona la agresión física, Szekely et al. y Jeličić et al., quien añade el trastorno del espectro autista (TEA) (29, 33, 34).

Los síntomas depresivos maternos pueden afectar al temperamento infantil según informan Slomian et al., Dagher et al., Jeličić et al. y Honda et al. Además, Slomian et al. añaden comportamientos menos maduros e inhibición conductual. Por otra parte, Von Hinke et al. notifican cierta gravedad en la problemática con los compañeros a los 6 años y conductuales en todas las edades estudiadas. Los bajos niveles de atención son mencionados por Jeličić et al. y Dagher et al., quien señala además bajos niveles de actividad y expresiones faciales (23, 25, 26, 29, 32, 33).

CONSECUENCIAS EN LA PAREJA:

Cuando investigamos la DPP, no damos la importancia suficiente a los efectos que puede tener sobre la persona que ayuda a la madre a superar las dificultades en el periodo posparto. Los síntomas depresivos maternos pueden afectar a la relación sentimental que mantiene con su pareja, y, por

ende, a su pareja. Esta búsqueda bibliográfica cuenta con cinco estudios que describen esta repercusión (23, 35-38).

Johansson et al. describen la relación conyugal como tensa, puesto que la figura materna siente abandono, soledad y decepción. Además, éstas asumen toda la responsabilidad del RN, por lo que se sienten avergonzadas y enfadadas con su pareja. Por otra parte, el bienestar de la figura paterna también altera la relación. Estos refieren cierta dificultad para combinar el trabajo con el cuidado del/la niño/a, experimentando altos niveles de estrés e irritabilidad. No se reconocen como deprimidos, pero hay señales que indican lo contrario. Como consecuencia de esta negación, no reciben el apoyo necesario para mejorar la relación. La falta de intimidad y deseo sexual también son mencionados en este estudio (35).

Frizzo et al. coinciden en la responsabilidad materna sobre el hogar y el/la niño/a, y paterna sobre la economía familiar. Además, en este estudio el padre tampoco recibe apoyo. Sin embargo, Kamalifard et al. no están de acuerdo en lo que respecta a la responsabilidad, puesto que la figura paterna es la encargada del trabajo, del hogar, del cuidado del RN y de los otros hijos cuando la sintomatología de la madre se lo impide. Sí que coinciden en el estrés paterno, sintiendo además preocupación por la salud de su pareja y temor de empeorar la relación (36, 37).

En el estudio de Frizzo et al. la madre refiere estado de ánimo deprimido, irritabilidad, cansancio, y visión negativa de sí misma y de su alrededor, por lo que se distancia de las personas cercanas, incluyendo a su pareja. La pareja siente frustración; aunque a veces comprende la situación, otras no. Las estrategias para la resolución de conflictos aplicadas no son buenas, llevando a un ambiente negativo que debilita la relación (36).

Battle et al. narran la importancia del papel de la pareja en casos de síntomas depresivos maternos para lograr una atención clínica completa. Están de acuerdo en dicha preocupación y frustración del padre, junto a cierta abrumación e impotencia. Sienten empatía por su pareja y desean ayudarle, por lo que existe un apoyo constante. Aun así, hay una falta de conocimiento sobre las condiciones maternas ya que no son conscientes de las dificultades que están experimentando o consideran que son normales en este periodo.

Este desconocimiento puede deberse al agotamiento por combinar trabajo y cuidados del/la niño/a, también mencionado anteriormente por Johansson et al. (35, 38).

Informan acerca de problemáticas en la comunicación puesto que en las discusiones no aportan su punto de vista para no empeorar la sintomatología, reduciendo aún más la comunicación. Describen a su vez una interrelación entre síntomas depresivos maternos y paternos, ya que, si uno de los dos tiene síntomas, el otro tiene más probabilidad de adquirirlos. Además, se pueden prolongar si está presente el estrés en la relación. La pareja afirma estar poco tiempo juntos y algunos están más unidos que otros (38).

Por último, Slomian et al. afirman una relación distante, fría y difícil, en la que la madre se siente poco segura. También describe problemas en el ámbito sexual, mencionados anteriormente en el estudio de Johansson et al (23, 35).

6. CONCLUSIONES

La DPP es un trastorno mental que requiere mayor atención sanitaria de la que existe, puesto que hay muchos casos sin diagnosticar y puede repercutir negativamente en la salud de la madre, en el vínculo madre-hijo, en el recién nacido a corto y largo plazo e incluso en la pareja. Este problema tiene una dimensión mayor de la que conocemos, y como enfermeras debemos hacer un cribado adecuado para evitar estas consecuencias.

El estudio de la afectación de la DPP es algo novedoso, ya que, a pesar de haber filtrado las publicaciones de los últimos 10 años, todos los estudios seleccionados se han publicado en los últimos 5 años (2019-2023), excepto cuatro de ellos. Sin embargo, solo un estudio realiza un análisis holístico como el de nuestro estudio. Todos los estudios revisados, salvo uno de ellos, han encontrado correlación entre la DPP y los distintos ámbitos mencionados.

El vínculo madre-hijo adecuado posibilita un desarrollo óptimo del RN. La DPP dificulta esta vinculación, ya que puede deteriorarla a través de una falta de afecto, rechazo e ira, ansiedad por el cuidado o marginalmente el abuso incipiente. La sintomatología depresiva materna empeora el cuidado del RN y crea un ambiente inadecuado para su desarrollo.

En este estudio se han encontrado correlaciones con: bajo peso al nacer y retraso del crecimiento, desarrollo cognitivo deficiente, menores habilidades lingüísticas y matemáticas, y trastornos en el desarrollo socioemocional y conductual. Sin embargo, no se ha evidenciado una significativa problemática en el desarrollo motor.

La DPP también puede provocar un ambiente difícil de tolerar por su pareja, causando sintomatología depresiva en ella. La figura paterna es muy importante para mejorar la situación, pero no cuentan con suficiente información. Debido a la falta de conocimientos normalizan ciertos síntomas, por lo que debemos proporcionarles información para conseguir una temprana atención. Además, es frecuente que ellos mismos no reciban apoyo psicológico, generándose así más conflictos. Sería conveniente hacer un cribado también a la pareja para que la situación mejore lo antes posible.

Concluimos resultando necesaria una mayor profundización e investigación en la DPP, así como formación del personal sanitario para conseguir un abordaje adecuado. Como hemos demostrado, este trastorno manifiesta gravedad en todo el entorno de la mujer, por lo que es necesaria una intervención precoz para evitar los problemas mencionados.

Cabe destacar que durante la realización de este estudio se ha observado un sesgo estadístico en cuanto a la pareja de la mujer, puesto que en todos ellos analizan parejas heterosexuales. De hecho, se tuvo que acotar la búsqueda poniendo como palabra clave “padre”, puesto que sino no se obtenían resultados valiosos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1124422593>
2. Caparros-Gonzalez RA, Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI. Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2023];42:e97. Disponible en: <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2018.97>
3. Mendoza B. C, Saldívi S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chil [Internet]. 2015 [citado 12 de abril de 2023]; 143(7):887-94. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. NIMH » Depresión perinatal [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal>
5. Depresión posparto - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%A1-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/depresi%C3%B3n-posparto>
6. Depresión posparto: MedlinePlus en español [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/postpartumdepression.html>
7. Depresión posparto | Oficina para la Salud de la Mujer [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://espanol.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/postpartum-depression>
8. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 31(2):139-49.

- Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-diagnostico-estrategias-S0716864020300183>
9. Moral AO del, Romero AMR, Iglesias YG. Depresión posparto: Criterios de sospecha, diagnóstico y tratamiento. FMC [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 27(4):164-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.10.011>
10. Enrique Jadresic M. Perinatal depression: Detection and treatment. Revista Medica Clinica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2023]; 25(6):1019-28. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>
11. Hailemeskel HS, Kebede AB, Fetene MT, Dagnaw FT. Mother-Infant Bonding and Its Associated Factors Among Mothers in the Postpartum Period, Northwest Ethiopia, 2021. Front Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 13:893505. Disponible en: <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2022.893505>
12. Kolk TA, Nath S, Howard LM, Pawlby S, Lockwood-Estrin G, Trevillion K. The association between maternal lifetime interpersonal trauma experience and perceived mother-infant bonding. J Affect Disord [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 294:117-27. Disponible en: <https://doi.org/10.1016%2Fj.jad.2021.06.069>
13. Höflich A, Kautzky A, Slamanig R, Kampshoff J, Unger A. Depressive symptoms as a transdiagnostic mediator of mother-to-infant bonding: Results from a psychiatric mother-baby unit. J Psychiatr Res [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 149:37-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.005>
14. Eitenmüller P, Köhler S, Hirsch O, Christiansen H. The Impact of Prepartum Depression and Birth Experience on Postpartum Mother-Infant Bonding: A Longitudinal Path Analysis. Front Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 13:815822. Disponible en: <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2022.815822>
15. Shieh PL, Tsai TY. The prediction of perceived parenting style on mother-infant bonding. Acta Psychol (Amst) [Internet]. 2022 [citado

- 12 de abril de 2023]; 226:103573. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103573>
16. Ohara M, Okada T, Kubota C, Nakamura Y, Shiino T, Aleksic B, et al. Validation and factor analysis of mother-infant bonding questionnaire in pregnant and postpartum women in Japan. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2023]; 16:212. Disponible en: <https://doi.org/10.1186%2Fs12888-016-0933-3>
17. Kasamatsu H, Tsuchida A, Matsumura K, Shimao M, Hamazaki K, Inadera H. Understanding the relationship between postpartum depression one month and six months after delivery and mother-infant bonding failure one-year after birth: results from the Japan Environment and Children's study (JECS). *Psychol Med* [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 50(1):161-69. Disponible en: <https://doi.org/10.1017%2FS0033291719002101>
18. Motegi T, Watanabe Y, Fukui N, Ogawa M, Hashijiri K, Tsuboya R, et al. Depression, Anxiety and Primiparity are Negatively Associated with Mother-Infant Bonding in Japanese Mothers. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 16:3117-22. Disponible en: <https://doi.org/10.2147%2FNDT.S287036>
19. Takubo Y, Nemoto T, Obata Y, Baba Y, Yamaguchi T, Katagiri N, et al. Effectiveness of Kangaroo Care for a Patient with Postpartum Depression and Comorbid Mother-Infant Bonding Disorder. *Case Rep Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 2019:9157214. Disponible en: <https://doi.org/10.1155%2F2019%2F9157214>
20. Tsuchida A, Hamazaki K, Matsumura K, Miura K, Kasamatsu H, Inadera H, et al. Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 110:110-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.022>
21. Morgan JK, Santosa H, Fridley RM, Conner KK, Hipwell AE, Forbes EE, et al. Postpartum Depression Is Associated With Altered Neural Connectivity Between Affective and Mentalizing Regions During Mother-Infant Interactions. *Front Glob Womens Health* [Internet].

- 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 2:744649. Disponible en: <https://doi.org/10.3389%2Ffqwh.2021.744649>
22. Barbosa MAR da S, Ângelo M. Vivências e significados da depressão pós-parto de mulheres no contexto da familia. *Enfermería Global* [Internet]. 2016 [citado 12 de abril de 2023]; 15(42):232-55. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009
23. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 15:1745506519844044. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F1745506519844044>
24. Rotheram-Fuller EJ, Tomlinson M, Scheffler A, Weichle TW, Hayati Rezvan P, Comulada WS, et al. Maternal Patterns of Antenatal and Postnatal Depressed Mood and the Impact on Child Health at Three Years Postpartum. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 86(3):218-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1037%2Fccp0000281>
25. von Hinke S, Rice N, Tominey E. Mental health around pregnancy and child development from early childhood to adolescence. *Labour Econ* [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2022]; 78:102245. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2022.102245>
26. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health* [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 30(2):154-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1089%2Fjwh.2020.8862>
27. Choi KW, Denckla CA, Hoffman N, Budree S, Goddard L, Zar HJ, et al. Influence of Maternal Childhood Trauma on Perinatal Depression, Observed Mother-Infant Interactions, and Child Growth. *Matern Child Health J* [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 26(8):1649-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1007%2Fs10995-022-03417-2>
28. Prado EL, Sebayang SK, Adawiyah SR, Alcock KJ, Ullman MT, Muadz H, et al. Maternal depression is the predominant persistent risk for child cognitive and social-emotional problems from early childhood to pre-

- adolescence: A longitudinal cohort study. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 289:114396. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114396>
29. Jeličić L, Veselinović A, Ćirović M, Jakovljević V, Raičević S, Subotić M. Maternal Distress during Pregnancy and the Postpartum Period: Underlying Mechanisms and Child's Developmental Outcomes—A Narrative Review. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]; 23(22):13932. Disponible en: <https://doi.org/10.3390%2Fijms232213932>
30. Álvarez C, Szűcs D. Maternal cognitions and cognitive, behavior and emotional development in middle childhood. *Current Research in Behavioral Sciences* [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]; 4:100098. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2023.100098>
31. Nix L, Nixon E, Quigley J, O'Keane V. Perinatal depression and children's developmental outcomes at 2 years postpartum. *Early Hum Dev* [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]; 156:105346. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2021.105346>
32. Honda T, Tran T, Popplestone S, Draper CE, Yousafzai AK, Romero L, et al. Parents' mental health and the social-emotional development of their children aged between 24 and 59 months in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analyses. *SSM - Mental Health* [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]; 3:100197. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100197>
33. Kingston D, Kehler H, Austin MP, Mughal MK, Wajid A, Vermeyden L, et al. Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years. *PLoS One* [Internet]. 2018 [citado 12 de abril de 2023]; 13(4):e0195365. Disponible en: <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0195365>
34. Szekely E, Neumann A, Sallis H, Jolicoeur-Martineau A, Verhulst FC, Meaney MJ, et al. Maternal Prenatal Mood, Pregnancy-Specific Worries, and Early Child Psychopathology: Findings From the DREAM BIG Consortium. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2021

- [citado 12 de abril de 2023]; 60(1):186-97. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.02.017>
35. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2023]; 15(1): 1722564. Disponible en: <https://doi.org/10.1080%2F17482631.2020.1722564>
36. Frizzo GB, Schmidt B, de Vargas V, Piccinini CA. Coparentalidade no Contexto de Depressão Pós-Parto: Um Estudo Qualitativo. *Psico-USF* [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]; 24(1):85-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240107>
37. Kamalifard M, Hasanpoor S, Kheiruddin JB, Panahi S, Payan SB. Relationship between Fathers' Depression and Perceived Social Support and Stress in Postpartum Period. *J Caring Sci* [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2023]; 3(1):57-66. Disponible en: <https://doi.org/10.5681%2Fjcs.2014.007>
38. Battle CL, Londono Tobon A, Howard M, Miller IW. Father's Perspectives on Family Relationships and Mental Health Treatment Participation in the Context of Maternal Postpartum Depression. *Front Psychol* [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023];12: 705655. Disponible en: <https://doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2021.705655>

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)

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 mi 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

Puntuaje de 0, 1, 2, 3 según la severidad creciente. Los ítems con un asterisco

(*) tienen un puntuaje de orden inverso (3, 2, 1, 0).

Fuente: Enrique Jadresic M. Perinatal depression: Detection and treatment. Revista Medica Clinica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2023]; 25(6):1019-28. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>

Anexo 2: preguntas de Whooley

1) ¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?

2) ¿En el último mes, ha sentido a menudo que tiene poco interés por las cosas o que no las disfruta?

Si la mujer responde "Sí" a cualquiera de estas dos preguntas, se recomienda evaluar la posibilidad de hacer una tercera pregunta

3) ¿Siente que necesita o quiere ayuda?

Fuente: Enrique Jadresic M. Perinatal depression: Detection and treatment. Revista Medica Clinica Las Condes [Internet]. 2014 [citado 12 de abril de 2023]; 25(6):1019-28. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>