



**MASTER EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA  
ESPECIALIDAD EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

**Curso académico 2016/2017**

**TRABAJO DE FIN DE MASTER**

**Screening de depresión posparto: papel de la  
matrona**

**Lucía Seoane Vázquez**

**A Coruña, 20 de Julio de 2017.**

## Contenido

RESUMEN/RESUMO/ABSTRACT: .....	4
Resumen:.....	4
Resumo:.....	5
Abstract:.....	6
1.-INTRODUCCIÓN:.....	8
2.-OBJETIVOS: .....	13
3.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
3.1 Criterios de selección: .....	14
3.2 Búsqueda bibliográfica: .....	14
3.3. Selección de variables:.....	15
4.RESULTADOS: .....	16
4.1.- Método de screening.....	16
4.2.- % de mujeres detectadas para su evaluación y diagnóstico:.....	17
4.3 Semana en la que se realiza el cribado:.....	18
4.4.- Factores de riesgo .....	19
5.- DISCUSIÓN: .....	20
6. CONCLUSIONES: .....	23
Anexo 1: Escala de depresión posparto de Edimburgo: .....	25
Anexo 2: Estrategia de búsqueda: revisiones sistemáticas. ....	27
Anexo 3: Estrategia de búsqueda: ensayos clínicos.....	33
Anexo 4: Estrategia de búsqueda: otros estudios.....	44
Anexo 5: Análisis individual de los estudios.....	51

# Índice de acrónimos:

<b>DPP</b>	Depresión posparto
<b>ECA</b>	Ensayo clínico aleatorizado
<b>EPDS</b>	Escala de depresión posparto de Edimburgo
<b>NICE</b>	National Institut for Health and Clinical Excellence
<b>PDPI</b>	Postpartum depression predictor inventory
<b>PDSS</b>	Postpartum depression screening scale
<b>SCID-DSM-IV</b>	Structured clinical interview for DSM disorders

## RESUMEN/RESUMO/ABSTRACT:

### Resumen:

**Introducción:** La depresión posparto es una enfermedad que afecta al 13% de las mujeres tras el parto, aunque puede comenzar en el embarazo. Además de los síntomas que acompañan a una depresión mayor como llanto, irritabilidad, incapacidad para disfrutar de las actividades, etc. que alteran el bienestar de la madre, el vínculo con el recién nacido y el desarrollo cognitivo de éste puede verse afectado.

Aunque existen escalas validadas para el screening y diagnóstico de depresión posparto, el 50% de las mujeres no son diagnosticadas.

**Objetivo:** El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la eficacia de los métodos de screening de depresión posparto utilizados por matronas en las consultas posparto.

**Material y métodos:** Se consultan las bases de datos Pubmed, Web of Science y Cuiden en busca de artículos en inglés, español y portugués, sin limitación cronológica. Las variables analizadas son: herramienta usada para el screening, % de mujeres derivadas para posterior evaluación y/o tratamiento, semana en la que se realiza el cribado y factores de riesgo identificados.

**Discusión:** El porcentaje de mujeres con un screening positivo de depresión posparto derivadas para la confirmación del diagnóstico y tratamiento varían según los estudios entre un 11 y un 37%, con una media del 19%. El mayor porcentaje de mujeres detectadas se produce a las 8 semanas posparto. El factor de riesgo que más influye en la presencia de depresión posparto es la depresión previa.

**Conclusiones:** Dada la importancia de la detección y tratamiento temprano de la depresión posparto, el introducir una herramienta de screening en el protocolo habitual de seguimiento de embarazo y posparto podría detectar alrededor de un 20% de mujeres susceptibles a desarrollarla. La realización de un ensayo clínico en el que se compare la rutina habitual con el tamizaje a las 4 semanas posparto podría ser un

buen comienzo para descubrir el número real de mujeres detectadas que reciben tratamiento y el porcentaje de falsos positivos, si lo hay.

Aunque existe controversia de cuál es el momento óptimo para su realización, el intervalo entre las 2 y las 8 semanas parece ser el más idóneo.

La concienciación, formación y entrenamiento en técnicas de screening es esencial para que los profesionales puedan participar de forma activa en el diagnóstico de depresión posparto

**Palabras clave:** depresión posparto, screening, matronas de atención primaria, enfermería.

### Resumo:

**Introdución:** A depresión posparto é unha enfermidade que afecta ó 13% das mulleres despois do parto, pero pode comezar no embarazo. Ademais dos síntomas que acompañan unha depresión maior, como choro, irritabilidade, incapacidade de gozar de actividades, etc. alterando o benestar da nai, o vínculo co recentemente nado e o desenrolo cognitivo deste poden verse afectados.

Aínda que existen escalas validadas para o screening e diagnóstico de depresión posparto, o 50% das mulleres non son diagnosticadas.

**Obxectivo:** O obxectivo desta revisión sistemática é coñecer a eficacia dos métodos de screening de depresión posparto utilizados por matronas nas consultas posparto.

**Material e Métodos:** Consúltanse as bases de datos Pubmed, Web of Science e Cuiden en busca de artigos en inglés, español e portugués, sen limitación cronolóxica. As variables analizadas son: ferramenta usada para o screening, % de mulleres derivadas para posterior avaliación e/ou tratamento, semana na que se realiza o cribado e factores de risco identificados.

**Discusión:** A porcentaxe de mulleres cun screening positivo de depresión posparto derivadas para a confirmación do diagnóstico e tratamento varían segundo os estudos entre un 11 e un 37%, cunha media do 19%. A

maior porcentaxe de mulleres detectadas prodúcese ás 8 semanas posparto. O factor de risco que máis inflúe na presenza de depresión posparto é a depresión previa.

**Conclusións:** Dada a importancia da detección e tratamento temperán da depresión posparto, o introducir unha ferramenta de screening no protocolo habitual de seguimento de embarazo e posparto podería detectar ao redor dun 20% de mulleres susceptibles a desenvolverla. A realización dun ensaio clínico no que se compare a rutina habitual co screening mediante a EPDS ás 4 semanas posparto podería ser un bo comezo para descubrir o número real de mulleres detectadas que reciben tratamento e a porcentaxe de falsos positivos, se o hai.

Aínda que existe controversia de cal é o momento óptimo para a súa realización, o intervalo entre as 2 e as 8 semanas parece ser o máis idóneo.

A concienciación, formación e adestramento en técnicas de screening é esencial para que os profesionais poidan participar de forma activa no diagnóstico de depresión posparto

**Palabres clave:** depresión posparto, screening, matronas de atención primaria, enfermería.

### Abstract:

**Introduction:** The postpartum depression is a disease that affects to 13% of women after childbirth, although it can begin during pregnancy. In addition to the symptoms that accompany to a greater depression like crying, irritability, inability to enjoy of the activities, etc. that alter the welfare of the mother, the bond with the recently born and the cognitive development of this can see affected. Although there are validated scales for the screening and diagnosis of postpartum depression, 50% of the women are undiagnosed.

**Objective:** The aim of this systematic review is to know the efficacy of screening postpartum depression methods used by midwives in postpartum consultations.

**Material and methods:** Pubmed, Web of Science and Cuiden databases were searched for articles in English, Spanish and Portuguese, with no chronological limitation. The variables analyzed were: tool used for screening,% of women derived for further evaluation and / or treatment, week in which the screening is performed and identified risk factors.

**Discussion:** The percentage of women with a positive postpartum depression screening for confirmation of diagnosis and treatment varies from 11 to 37%, with an average of 19%. The highest percentage of women detected occurs at 8 weeks postpartum. The risk factor that most influences the presence of postpartum depression is previous depression.

**Conclusions:** Given the importance of early detection and treatment of postpartum depression, introducing a screening tool into the usual protocol for pregnancy and postpartum monitoring could detect about 20% of women susceptible to it. Conducting a clinical trial comparing the usual routine with screening at 4 weeks postpartum could be a good start to find out the actual number of women being treated and the percentage of false positives, if there are.

Although there is controversy as to the optimal timing for its completion, the interval between 2 and 8 weeks seems to be the most suitable.

Awareness, training and training in screening techniques is essential so that professionals can actively participate in the diagnosis of postpartum depression

## 1.-INTRODUCCIÓN:

Durante el embarazo y el puerperio se presentan en la mujer cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que hacen que presente mayor vulnerabilidad para la aparición de trastornos psíquicos.

Entre las alteraciones hormonales, se encuentran la caída de estrógenos y progesterona y las alteraciones de cortisol, melatonina, oxitocina y hormona tiroidea<sup>1</sup>. Aunque las mujeres están sometidas a estas fluctuaciones hormonales durante el embarazo, existe una sensibilidad aumentada a estos cambios durante el puerperio.

Desde la perspectiva psicosocial, el puerperio puede ser una experiencia difícil para las mujeres por las demandas del recién nacido, el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible y por la inseguridad que surge con frecuencia acerca de la manera en que deben cumplir éstas.

Las alteraciones emocionales en el puerperio pueden ir desde la tristeza posparto a la depresión o en su estadio más grave a la psicosis posparto.

La depresión posparto se caracteriza por la aparición de los mismos síntomas que se producen en la depresión fuera del embarazo: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, manifestado por sentimientos de tristeza y llanto, disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, cada día, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida<sup>2</sup>. Además, pueden presentar dificultad para vincularse con el bebé, miedo a quedarse a solas con él, rechazo hacia su hijo y pérdida de interés o por el contrario sobreprotección del recién nacido.

El momento en que estos síntomas se manifiestan es muy variable, según la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría el comienzo de los síntomas puede darse durante el embarazo o en las primeras 4 semanas posparto<sup>1</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud los síntomas empiezan en las primeras seis semanas tras el parto<sup>3</sup>. Otras definiciones la sitúan entre los 3 y los 12 meses posparto<sup>4</sup>.

Los factores de riesgo más relacionados con el desarrollo de depresión posparto son: el tener una historia previa de depresión (el doble de incidencia), el presentar depresión durante el embarazo (el riesgo se multiplica por 5), eventos estresantes durante el embarazo o después de dar a luz y falta de recursos económicos y de apoyo familiar y social<sup>5</sup>. Otros factores de riesgo son: historia familiar de depresión, episodios previos de violencia o abuso sexual<sup>6</sup>, trastornos alimentarios<sup>7</sup>, parto traumático o lactancia dificultosa

La prevalencia de la depresión posparto no está clara, ya que hay mucha variabilidad entre los diferentes estudios. En Europa, se estima una prevalencia de aproximadamente el 9%<sup>8</sup> de las puérperas. Otro estudio sitúa esta cifra en un 13%<sup>9</sup>. En España, no hay muchos estudios actuales que estimen la prevalencia de la depresión posparto y los que hay la cifran en torno a un 10-15%<sup>10</sup>.

Las consecuencias de la depresión posparto en la mujer son devastadoras, alterando su alimentación, su capacidad funcional y la habilidad para cuidar de su hijo<sup>11</sup>. Además, está relacionada con alteraciones en el desarrollo, discapacidad cognitiva y psicopatología en los niños.<sup>12</sup>

Se han diseñado varias escalas para el tamizaje de esta patología. En 1998, Beck creó el Postpartum Depression Prediction Inventory (PDPI)<sup>13</sup>, un checklist desarrollado por ella tras los hallazgos de dos metaanálisis de factores de riesgo de depresión posparto, que incluye una serie de

cuestiones acerca de la depresión y ansiedad prenatal, historia de depresión, soporte social, relación marital y hábitos de vida estresantes.

Otra escala utilizada para el screening es la PDSS (postpartum depression screening scale)<sup>13</sup> con 35 ítems que cubren 7 áreas: alteraciones en los hábitos de sueño y alimentación, ansiedad e inseguridad, labilidad emocional, discapacidad cognitiva, pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza y contemplación de hacerse daño a sí misma. Esta escala ha demostrado una gran sensibilidad y especificidad.

Una revisión sistemática de la literatura<sup>14</sup> identificó un estudio de cohortes en el que se comprobó el rendimiento diagnóstico de dos preguntas sencillas, realizadas a las mujeres tras el parto para discriminar el riesgo de depresión posparto. Estas dos preguntas se incluyen en la guía práctica clínica del NICE (National Institut for Health and Clinical Excellence) para detectar a las mujeres con riesgo de depresión posparto, y están formuladas de la siguiente manera: – ‘Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?’ – ‘Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?’ Si se responde ‘sí’ a ambas preguntas, se sugiere hacer una última pregunta: ‘¿Cree que este sentimiento requiere de apoyo o ayuda?’. Estas preguntas tienen una gran sensibilidad pero una especificidad muy baja.

La escala más utilizada actualmente en los centros sanitarios tanto de Estados Unidos como de Europa para el screening de la depresión posparto es la escala de depresión posparto de Edimburgo<sup>15</sup> (EPDS) un cuestionario de 10 preguntas. A partir de una puntuación de 10 o más se considera que existe probabilidad para desarrollar depresión posparto y 13 o más de desarrollar una depresión mayor. Diversos estudios le dan una sensibilidad y una especificidad en torno a un 90%<sup>16,17,18,19</sup>. Es una

herramienta fácil de aplicar, bien aceptada por los profesionales de salud y por las madres.

Para confirmar el diagnóstico de depresión posparto es necesaria la evaluación clínica por parte de un profesional de Salud Mental.

A pesar de disponer de herramientas para el tamizaje de depresión posparto, los profesionales de la salud suelen subdiagnosticarla en un 50% de los casos<sup>20</sup>.

El Colegio americano de ginecólogos y obstetras aconseja hacer un seguimiento a las mujeres en el posparto para detectar el desarrollo de depresión, sobre todo si tienen una historia de depresión previa<sup>21</sup>.

El Colegio americano de matronas<sup>22</sup> insta a las matronas a integrar la prevención, el screening universal, el tratamiento y la derivación de pacientes con depresión posparto.

Un estudio<sup>23</sup> realizado en Estados Unidos concluye que el 94% de las matronas creen que son responsables del screening de depresión postparto, el 72% utiliza una herramienta estandarizada y el 66% la escala de depresión posparto de Edimburgo. Las principales limitaciones que encuentran son la inexistencia de una guía clínica y la falta de coordinación con los servicios de Salud Mental.

En otro estudio<sup>24</sup>, en el que se implementa en el posparto el screening usando EPDS, el 76% de los médicos lo realizan y tras el periodo de estudio, el 71.4% afirman que lo seguirá utilizando. Además, en las consultas en las que se utiliza en un 100%, se registran el menor número de visitas postparto.

En España, la Guía Clínica de atención en el embarazo y puerperio<sup>25</sup> publicada por el SNS dice que "la identificación de las mujeres con riesgo de depresión posparto puede garantizar el correcto abordaje de este trastorno afectivo derivando en un impacto sobre la mujer y la relación establecida con sus hijos y su entorno. No se derivan efectos indeseados

relevantes de realizar un cribado de estas características, más allá del impacto que pueda tener la determinación de falsos positivos".

La depresión posparto, por la discapacidad que conlleva, representa un problema de salud pública. Además, se da en un momento especialmente delicado de la vida de una mujer, ya que el cuidado y la protección de su hijo pueden verse comprometidos, y los sentimientos de sufrimiento y culpabilidad ser más acusados. La falta de apoyo familiar y la incompreensión social que a menudo la acompañan agravan el problema.

Durante el seguimiento de su embarazo, una mujer acude a la matrona una media de 7 veces para las consultas programadas, además de las sesiones de educación maternal (6 clases) y las consultas a demanda, lo que favorece la relación de confianza entre profesional y paciente. Durante el posparto, esta relación continúa con visitas programadas y cursos de educación posparto, siendo la matrona la primera que puede detectar síntomas de depresión en la mujer.

Sin embargo, no se cuenta con ningún programa de detección de depresión posparto estandarizado.

## **2.-OBJETIVOS:**

El objetivo principal de este estudio es conocer la eficacia de los métodos de screening utilizados por matronas en consultas posparto.

Los objetivos secundarios son: conocer los factores de riesgo para desarrollar depresión posparto y determinar el momento óptimo para la realización del screening.

## 3.-MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1 Criterios de selección:

El tipo de estudio es una revisión bibliográfica sistemática sobre la eficacia de los métodos de screening utilizados por matronas en las consultas posparto

Los criterios utilizados en la selección de estudios han sido los siguientes:

Tipos de participantes: Mujeres que acuden, durante el posparto, a las consultas de seguimiento realizadas por matronas/enfermeras o grupos posparto dirigidos por las mismas, que no presenten ningún trastorno psíquico diagnosticado.

Tipo de intervención: Métodos de screening de síntomas de depresión posparto realizados por matronas o enfermeras. Se incluyen de la misma manera a matronas y a enfermeras ya que en muchos países no existe el seguimiento del embarazo y posparto por parte de la matrona, pero los cuidados a las puérperas son administrados por enfermeras.

Tipo de estudios: Revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles y estudios descriptivos. Se seleccionaron estudios en español, inglés y portugués. Al no existir avances significativos sobre el tema en los últimos años, no se estableció límite cronológico.

### 3.2 Búsqueda bibliográfica:

Para la búsqueda de artículos se ha accedido a las bases de datos Pubmed, Web of Science y Cuiden.

- En primer lugar, se buscaron revisiones sistemáticas que se ajustaran a los criterios de búsqueda, no encontrándose ninguna.
- A continuación, se buscaron ensayos clínicos que respondieran a los objetivos del estudio, encontrándose sólo uno de interés, por lo que la búsqueda se amplió a estudios de casos y controles, cohortes y estudios descriptivos.

La selección inicial se realizó a partir de títulos y resúmenes resultantes de la búsqueda descrita, si el título responde al tema de revisión se accede al resumen para su lectura y al texto completo si cumple los criterios de inclusión de la búsqueda.

Para la gestión de los artículos se utiliza la plataforma EndNotWeb.

### 3.3. Selección de variables:

Las variables seleccionadas para su estudio son: herramienta usada para el screening, % de mujeres derivadas para posterior evaluación y/o tratamiento, semana en la que se realiza el cribado y factores de riesgo identificados

## 4.RESULTADOS:

Finalmente, se han seleccionado y revisado 7 artículos por su interés en la presente revisión.

Uno de los estudios seleccionados es un ensayo clínico aleatorizado, otro un estudio observacional prospectivo y el resto son estudios descriptivos. La media de pacientes es de 1059 participantes, siendo muy desigual de unos estudios a otros. El estudio más pequeño consta de 103 participantes y en el que utiliza una mayor muestra participan 5169 mujeres. La muestra se obtiene de las consultas en centros de salud o en el ámbito hospitalario, siendo uno de los estudios multicéntrico ya que participan dos centros de salud.

### 4.1.- Método de screening

El método más usado para el screening de depresión posparto es la escala de Edimburgo acompañado de encuestas de datos demográficos (1,4,5,7)

La PDSS se utiliza en dos de los estudios incluidos (2,6) y la SCID-DSM IV se utiliza en un único estudio (3), aunque esta última es más un método de diagnóstico que de screening. Ver Tabla I

Tabla I. Métodos de screening

Referencia	Diseño	Participantes	Método screening
Leung SLL <sup>1</sup>	ECA	552	EPDS
Beck CT <sup>2</sup>	Descriptivo	150	PDSS
Clarke PJ <sup>3</sup>	Descriptivo	103	SCID-DSMIV
Horowitz JA <sup>4</sup>	Descriptivo	5169	EPDS SCID-DSM-IV
Horowitz JA <sup>5</sup>	Descriptivo	1071	EPDS Demographic screening form
Mitchell AM <sup>6</sup>	Descriptivo	106	PDSS Autoinformes demográficos
Carrascón A <sup>7</sup>	Observacional prospectivo	263	EPDS Cuestionario datos demográficos

**EPDS:** escala de depresión posparto de Edimburgo.

**SCID-DSM IV:** Structured clinical interview for DSM disorders.

**PDSS:** Postpartum depression screening scale.

#### 4.2.- % de mujeres detectadas para su evaluación y diagnóstico:

El tanto por ciento de mujeres detectadas en el screening con posible depresión postparto va desde el 11% al 37%, con una media de 19.80%.

Ver Tabla II

Entre éstas, la depresión mayor oscila entre un 7 y un 18% (11.33 de media) y la menor entre un 12 y un 19% (15.33% de media). La EPDS detecta una media de un 19% de casos, mientras que la PDSS una media del 30%, aunque el momento de utilización del screening es distinto según los estudios.

Las mujeres que dan un resultado positivo en el tamizaje de depresión posparto son derivadas para su evaluación clínica y posterior tratamiento, pero no incluyen en los resultados las mujeres a las que les es confirmado el diagnóstico. Sin embargo, en dos de estos estudios sí se utilizan fórmulas para comprobar la efectividad del screening:

En el ensayo clínico incluido (1), los participantes son asignados a un grupo de intervención donde se pasa la escala de depresión postparto de Edimburgo a los 2 meses y un grupo control donde no se utiliza ninguna herramienta de cribaje, sólo el juicio clínico. Un 29% de mujeres fueron detectadas en el grupo de intervención y sólo un 6 % en el grupo control. De ese 29%, tras evaluación clínica, necesitaron psicoterapia o tratamiento farmacológico un 23.8% de las mujeres identificadas en el grupo de la intervención y un 4% del grupo control. A los 6 meses, el tanto % de mujeres detectadas con depresión posparto era mayor en el grupo control que en el de intervención (22 frente a 13) y se produce una reducción del 41% en la proporción de mujeres con puntuaciones en la EPDS de 10 o más.

En el estudio de Beck CT<sup>2</sup>, tras el screening se realiza una evaluación clínica y se llega a la conclusión de que el 83.3% de las participantes están diagnosticadas correctamente.

**Tabla II. % de participantes detectadas en el screening**

Referencia	Diseño	Participantes	%
Leung SLL <sup>1</sup>	ECA	552	G.I.* 29% 2 meses 13% 6 meses G.C. 6% 2 meses 22% 6 meses
Beck CT <sup>2</sup>	Descriptivo	150	37%; 18% depresión mayor, 19% depresión menor
Clarke PJ <sup>3</sup>	Descriptivo	103	17%
Horowitz JA <sup>4</sup>	Descriptivo	5169	13%
Horowitz JA <sup>5</sup>	Descriptivo	1071	19,7%; 7.1 depresión mayor, 12.6 depresión menor
Mitchell AM <sup>6</sup>	Descriptivo	106	24%; 15% depresión mayor, 9% menor
Carrascón A <sup>7</sup>	Observacional prospectivo	263	10.95% 2 semanas 14.6% 4-6 semanas

Grupo intervención: A los 2 meses, screening con EPDS y derivación a enfermera especialista en Salud Mental. A los 6 meses nueva valoración.

Grupo control: A los 2 meses juicio clínico y a los seis meses screening con EPDS y derivación a especialista en Salud Mental.

#### 4.3 Semana en la que se realiza el cribado:

A las ocho semanas posparto, es el momento en el que más mujeres se detectan con riesgo de depresión posparto posparto (26.5% de media), seguida de la segunda semana tras el parto (22.55%) y las 4 semanas (15.77%) El porcentaje disminuye hacia la mitad al año del parto (13% de media). Ver Tabla III

**Tabla III. Semana de realización de screening**

Referencia	Diseño	Participantes	Semana
Leung SLL <sup>1</sup>	ECA	552	2 y 6 meses
Beck CT <sup>2</sup>	Descriptivo	150	2 semanas
Clarke PJ <sup>3</sup>	Descriptivo	103	1-12 meses
Horowitz JA <sup>4</sup>	Descriptivo	5169	4 semanas
Horowitz JA <sup>5</sup>	Descriptivo	1071	2-4 semanas
Mitchell AM <sup>6</sup>	Descriptivo	106	8 semanas
Carrascón A <sup>7</sup>	Observacional prospectivo	263	2,4,6 semanas

#### 4.4.- Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo, la historia de depresión anterior es el factor más citado junto con la ansiedad previa (2,4,6,7) seguido del bajo soporte social (2,5).

También se identifican como factores de riesgo la edad (mayores de 35 años), el tener otro hijo menor de 3 años, antecedentes de interrupciones voluntarias del embarazo, estilo de vida estresante, situación laboral desfavorable, bajo nivel educacional y problemas económicos (7). Ver Tabla IV

**Tabla IV. Principales factores de riesgo**

Referencia	Diseño	Participantes	FR
Leung SLL <sup>1</sup>	ECA	552	
Beck CT <sup>2</sup>	Estudio descriptivo	150	Bajo soporte social, estrés, depresión anterior
Clarke PJ <sup>3</sup>	Estudio descriptivo	103	No diferencia
Horowitz JA <sup>4</sup>	Estudio descriptivo	5169	Depresión anterior
Horowitz JA <sup>5</sup>	Estudio descriptivo	1071	Edad materna. educación
Mitchell AM <sup>6</sup>	Estudio descriptivo	106	Ansiedad previa
Carrascón A <sup>7</sup>	Estudio observacional prospectivo	263	Ser mayor de 35 años, hijo menor de 3 años, problemas económicos, situación laboral desfavorable durante el embarazo, ansiedad percibida durante el embarazo, antecedente de IVES.

## 5.- DISCUSIÓN:

El objetivo de la presente revisión ha sido conocer la eficacia de los métodos de screening de depresión posparto realizados por matronas, así como la semana idónea para realizarlos y los factores de riesgo asociados con esta patología.

Se han encontrado varias limitaciones a la hora de realizar esta revisión. La primera, el bajo nivel de evidencia de los artículos identificados, sólo se ha podido seleccionar un ensayo clínico y uno observacional analítico, el resto de los estudios que cumplen los criterios de inclusión son estudios descriptivos.

La segunda, el escaso número de artículos que han podido ser incluidos, ya que, aunque existe una gran cantidad de artículos sobre el tema, muy pocos se ajustaban a los objetivos del estudio o se trataban de artículos meramente informativos.

Además, para conocer la efectividad del screening sería interesante conocer el tanto por ciento de mujeres que, con un screening positivo, son diagnosticadas de depresión posparto por un especialista en Salud Mental y tratadas. Aunque este dato no está disponible en la mayoría de los estudios, en el ensayo clínico (1) se pone de manifiesto la reducción de la proporción de depresión si se utiliza una herramienta de screening de forma temprana y en otro de los estudios (2) se confirma que más del 80% de los casos están clasificados correctamente. También sabemos por la literatura existente<sup>16,17,18,19</sup> que la EPDS, el método más usado, tiene una sensibilidad y una especificidad en torno a un 90%, por lo que la probabilidad de detectar mujeres con depresión posparto haciendo el screening es alta y la tasa de falsos positivos baja.

La herramienta que más tasa de depresión posparto detecta es la PDSS aunque los estudios se realizan en diferentes semanas y difieren según se trate de depresión mayor y menor. Actualmente, la EPDS ha relevado a la PDSS en la mayoría de los centros sanitarios donde se utiliza por su

alta sensibilidad, especificidad y por la sencillez de uso y aceptación, tanto por parte de los profesionales como de las pacientes.

La tasa de detección de depresión posparto es alta, con una media de 19,80%. Esta cifra difiere de la prevalencia de depresión posparto que conocemos por la literatura existente<sup>8,9,10</sup> que la sitúa entre un 9 y un 13%. Esta diferencia puede deberse al infradiagnóstico de la depresión posparto, que en muchos casos alcanza a la mitad de las mujeres afectadas por esta patología. Sin embargo, siempre debe existir la confirmación del diagnóstico por parte de un especialista en Salud Mental. Existe un porcentaje menor de participantes que sufren depresión mayor, que se caracteriza por una mayor frecuencia e intensidad de síntomas depresivos.

Respecto a la semana para realizar el screening, el realizarla a las 8 semanas detectaría un mayor número de casos pero el diagnóstico y el tratamiento se demoraría, con consecuencias tanto para el estado de la madre como para el vínculo con su hijo. El realizarlo a las 2 semanas, momento en el cual también se detectan un número importante de casos, tendría el handicap de que alguna de las mujeres detectadas podría estar sufriendo tristeza posparto, alteración que en un 80% de los casos se resuelve de forma espontánea en torno a esa fecha. El momento indicado para realizar el screening estaría en el intervalo entre las 2 y las 8 semanas.

Los factores de riesgo identificados corresponden con los citados en los estudios previos<sup>5,6,7</sup>. Aunque existen una gran variedad de eventos que pueden aumentar el riesgo de padecer depresión, la historia de depresión previa, ansiedad antes o durante el embarazo y el bajo soporte social destacan por su importancia y es necesario tenerlos en cuenta si se presentan en una paciente.

La principal limitación de esta revisión ha sido no contar con estudios que comparen el porcentaje de mujeres detectadas y diagnosticadas de depresión posparto utilizando un método de screening estandarizado con el juicio clínico de los profesionales que atienden a las mujeres en el puerperio. Por esto, sería interesante realizar un ensayo clínico en nuestro medio que compare ambas intervenciones.

Sin embargo, el alto número de mujeres detectadas en riesgo de depresión posparto en visitas de control rutinarias utilizando una herramienta validada y con gran sensibilidad, plantean la posibilidad de empezar a usar estas herramientas en las consultas de atención posparto de las matronas.

## **6. CONCLUSIONES:**

La depresión posparto, por las consecuencias para la salud de la mujer y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido es un trastorno que debe ser detectado y tratado de forma temprana.

Según los estudios revisados, el utilizar un método de screening en las consultas puerperales puede detectar cerca de un 20% de mujeres susceptibles a desarrollarla y aunque no disponemos de datos sobre las diagnosticadas sabemos que la prueba tiene una gran sensibilidad y especificidad.

El momento óptimo para realizarla no queda claro ya que, aunque a las 8 semanas es cuando según los estudios se detecta un porcentaje mayor, el realizarla antes llevaría a un diagnóstico más temprano. Parece que el periodo más idóneo para realizarlo tendría lugar entre las 2 y las 8 semanas, hacer el despistaje a las 4 semanas podría ser una alternativa para no diagnosticar de manera incorrecta los casos de tristeza posparto y al mismo tiempo llegar a un diagnóstico temprano, pero hacen falta más estudios.

Respecto a los factores de riesgo, la historia de depresión anterior es uno de los más influyentes seguido de un bajo soporte social.

Por todo esto, la introducción de herramientas de screening en las consultas de atención primaria por parte de las matronas, debe convertirse en un paso más del protocolo en el seguimiento del embarazo y posparto por los nuevos casos que puede detectar y derivar para su confirmación y diagnóstico.

La realización de un ensayo clínico en el que se compare la rutina habitual con el tamizaje mediante la EPDS a las 4 semanas posparto podría ser un buen comienzo para descubrir el número real de mujeres detectadas que reciben tratamiento y el porcentaje de falsos positivos, si lo hay.

La concienciación, formación y entrenamiento en técnicas de screening es esencial para que los profesionales puedan participar de forma activa en el diagnóstico de depresión posparto así como la educación sanitaria para que las mujeres puedan identificar los síntomas y saber distinguir el ajuste normal del puerperio de uno patológico.

## Anexo 1: Escala de depresión posparto de Edimburgo:

Pautas para la evaluación: A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0) Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.. Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 1/07

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) 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 cómo 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 pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

Tanto como siempre

No tanto ahora

Mucho menos

No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre

Algo menos de lo que solía hacer

Definitivamente menos

No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

Sí, la mayoría de las veces

Sí, algunas veces

No muy a menudo

No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada

Casi nada

Sí, a veces

Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

Sí, bastante

Sí, a veces

No, no mucho

No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces

Sí, a veces

No, casi nunca

No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

Sí, la mayoría de las veces

Sí, a veces

No muy a menudo

No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

No muy a menudo

No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre

Sí, bastante a menudo

Sólo en ocasiones

No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo

A veces

Casi nunca

No, nunca

## Anexo 2: Estrategia de búsqueda: revisiones sistemáticas.

Bases de datos: Pubmed

Estrategia de búsqueda: ("Depression, Postpartum"[Mesh]OR Depress\*[title]) AND (dETEC\* OR screen\*[tittle]) AND ("nursing" [Subheading] OR "Nursing"[Mesh]OR NURS\*[TITLE] OR midwif\*[TITLE]).

Filtro: systematic review.

Idiomas: español, inglés, portugués.

Resultados:

39 revisiones identificadas→9 seleccionadas (a texto completo)→ninguna incluida.

Estudio	Título	Resumen	Texto
1. Dreizler J, Koppitz A, Probst S, Mahrer-Imhof R. Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: an integrative review. J Clin Nurs. 2014 Apr;23(7-8):911-26.	X		
2. Relf MV, Eisbach S, Okine KN, Ward T. Evidence-based clinical practice guidelines for managing depression in persons living with HIV. J Assoc Nurses AIDS Care. 2013;24(1 Suppl):S15-28.	X		
3. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct17;10:CD006525.	X		
4. Sadule-Rios N. A review of the literature about depression in late life among Hispanics in the United States. Issues Ment Health Nurs. 2012;33(7):458-68.	X		
5. Leontjevas R, Gerritsen DL, Koopmans RT, Smalbrugge M, Vernooij-Dassen MJ. Process	X		

evaluation to explore internal and external validity of the "Act in Case of Depression" care program in nursing homes. J Am Med Dir Assoc. 2012 Jun;13(5):488.e1-8.			
6. Boyce RD, Hanlon JT, Karp JF, Kloke J, Saleh A, Handler SM. A review of the effectiveness of antidepressant medications for depressed nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. 2012 May;13(4):326-31.	X		
7. Jarzyna D, Jungquist CR, Pasero C, Willens JS, Nisbet A, Oakes L, Dempsey SJ, Santangelo D, Polomano RC. American Society for Pain Management Nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. Pain Manag Nurs. 2011 Sep;12(3):118-145.	X		
8. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. BMC Fam Pract. 2011 ;12:47.	X	X	
9. Carnevale T. An integrative review of adolescent depression screening instruments: applicability for use by school nurses. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2011 Feb;24(1):51-7.	X		
10. Wylie L, Hollins Martin CJ, Marland G, Martin CR, Rankin J. The enigma of post-natal depression: an update. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2011;18(1):48-58	X	X	Descartada (revisión narrativa)
11. de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdottir TB; Rehabilitation Guideline Stroke Working Group. A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the	X		

role of nurses. J Clin Nurs. 2010 Dec;19(23-24):3274-90.			
12. O'Mahony J, Donnelly T. Immigrant and refugee women's post-partum depression help-seeking experiences and access to care: a review and analysis of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Dec;17(10):917-28.	X		
13. Smith L. Evaluation and treatment of depression in patients with heart failure. J Am Acad Nurse Pract. 2010 Aug;22(8):440-8.	X		
14. Mitchell AJ, Kakkadasam V. Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes--a meta-analysis of routine clinical accuracy. Int J Nurs Stud. 2011 Mar;48(3):359-68.	X		
15. Neiman S, Carter S, Van Sell S, Kindred C. Best practice guidelines for the nurse practitioner regarding screening, prevention, and management of postpartum depression. Crit Care Nurs Q. 2010;33(3):212-8.	X	X	Descartado(no revisión sistemática)
16. Yackel EE, McKennan MS, Fox-Deise A. A nurse-facilitated depression screening program in an Army primary care clinic: an evidence-based project. Nurs Res. 2010 Jan-Feb;59(1 Suppl):S5865	X		
17. Allen J, Annells M. A literature review of the application of the Geriatric Depression Scale, Depression Anxiety Stress Scales and Post-traumatic Stress Disorder Checklist to community nursing cohorts. J Clin Nurs. 2009 Apr;18(7):949-59.	X		
18. Davis S, Cross J, Lind BK. Exploring the	X	X	Descartado(no

Postpartum Adjustment Questionnaire as a predictor of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008;37(6):622-30.			objetivos)
19. Delville CL, McDougall G. A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. Issues Ment Health Nurs. 2008 Sep;29(9):1002-17.	X		
20. Zauderer CR. A case study of postpartum depression & altered maternal-newborn attachment. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008 May-Jun;33(3):173-8.	X	X	
21. Beck CT. State of the Science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed--part 1. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008;33(2):121-6	X	X	Descartado (no screening)
22. Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, Marrs JA, Reese JM. Putting evidence into practice: interventions for depression. Clin J Oncol Nurs. 2008;12(1):131-40.	X	X	Descartado (no tema del estudio)
23. Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. J Pediatr Health Care. 2007 Sep-Oct;21(5):289-98.	X		
24. Logsdon MC, Wisner K, Shanahan B. Evidence on postpartum depression: 10 publications to guide nursing practice. Issues Ment Health Nurs. 2007;28(5):445-51.	X	X	Descartado(no revisión sistemática)
25. Doyle F, McGee H, Conroy R. Depression in cardiac patients: an evidence base for selection of brief screening instruments by nursing staff. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007 Jun;6(2):89-91.	X		
26. Bishop KK. Utilization of the Stetler model:	X	X	

evaluating the scientific evidence on screening for postpartum depression risk factors in a primary care setting. Ky Nurse. 2007 Jan-Mar;55(1):7.			
27. Driscoll JW. Postpartum depression: the state of the science. J Perinat Neonatal Nurs. 2006 Jan-Mar;20(1):40-2.	X	X	
28. Milisen K, Braes T, Fick DM, Foreman MD. Cognitive assessment and differentiating the 3 Ds (dementia, depression, delirium). Nurs Clin North Am. 2006 Mar;41(1):1-22.	X		
29. Ingadottir E, Thome M. Evaluation of a web-based course for community nurses on postpartum emotional distress. Scand J Caring Sci. 2006;20(1):86-92.	X	X	Descartado(no tema de estudio)
30. Valente S, Nemeck C. An evidence-based project to improve depression and alcohol use screening. J Nurs Care Qual. 2006 Jan-Mar;21(1):93-8.	X		
31. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, Harris S, Rivero-Arias O, Gerard K, Thompson C. A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP study. Health Technol Assess. 2005 Sep;9(37):1-104.	X		
32. Hegadoren KM. Assessment and treatment of depression: a review in high-risk populations. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2004 Sep-Oct;31(5):259-72.	X		
33. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004;33(4):410-20.	X	X	Descartado (limitaciones metodológicas)

34. Schofield I, Stark S, Lowndes A, Tolson D. The detection and prevention of depression in older people. Nurs Times. 2004 May 25-31;100(21):32-5.	X		
35. Snowden M, Sato K, Roy-Byrne P. Assessment and treatment of nursing home residents with depression or behavioral symptoms associated with dementia: a review of the literature. J Am Geriatr Soc. 2003 Sep;51(9):1305-17.	X		
36. Beck CT. Revision of the postpartum depression predictors inventory. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002;31(4):394-402.	X	X	Descartado (no objetivos)
37. Beck CT, Gable RK. Ensuring content validity: an illustration of the process. J Nurs Meas. 2001 Fall;9(2):201-15	X		
38. Beck CT, Gable RK. Item response theory in affective instrument development: an illustration. J Nurs Meas. 2001;9(1):5-22	X		
39. Brühl KG, Lujendijk HJ, Muller MT. Nurses' and nursing assistants' recognition of depression in elderly who depend on long-term care. J Am Med Dir Assoc. 2007 Sep;8(7):441-5.	X		

### Anexo 3: Estrategia de búsqueda: ensayos clínicos.

**Bases de datos:** Pubmed, Web of Science.

**Idiomas:** español, inglés, portugués.

No se establece límite cronológico.

**Estrategias de búsqueda:**

Pubmed:

("Depression, Postpartum"[Mesh]OR Depress\*[title]) AND (dETEC\* OR screen\*[title]) AND ("nursing" [Subheading] OR "Nursing"[Mesh]OR NURS\*[TITLE] OR midwif\*[TITLE]).

Filtro: clinical trial, randomized controlled trial.

Web of Science:

("postpartum depression" AND "screening" AND "nurse" OR "midwife")."

47 ensayos clínicos identificados en Pubmed + 13 en Web of Science → 7 duplicados → 7 seleccionados (texto completo) → **1 incluido**

Estudio	Título	Resumen	Texto completo
1. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Oct 30;15:284.			
2. Gureje O, Oladeji BD, Araya R, Montgomery AA, Kola L, Kirmayer L, et al. Expanding care for perinatal women with depression (EXPONATE): study protocol for a randomized controlled trial of an intervention package for perinatal depression in primary care. BMC Psychiatry. 2015;15:136.	X	X	Descartado (no objetivos del estudio)
3. Van der Meulen IC, May AM, de Leeuw JR, Koole R, Oosterom M, Hordijk GJ, Ros WJ.	X		

Moderators of the response to a nurse-led psychosocial intervention to reduce depressive symptoms in head and neck cancer patients. Support Care Cancer. 2015 Aug;23(8):2417-26.			
4. Lee H, Yoon JY, Lim Y, Jung H, Kim S, Yoo Y, Kim Y, Ahn JJ, Park HK. The effect of nurse-led problem-solving therapy on coping, self-efficacy and depressive symptoms for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial Age Ageing. 2015 May;44(3):397-403.	X		
5. Carrick-Sen DM, Steen N, Robson SC. Twin parenthood: the midwife's role--a randomised controlled trial. BJOG. 2014 Sep;121(10):1302-10; discussion 1311.	X		
6. Lazenby M, Dixon J, Bai M, McCorkle R. Comparing the distress thermometer (DT) with the patient health questionnaire (PHQ)-2 for screening for possible cases of depression among patients newly diagnosed with advanced cancer. Palliat Support Care. 2014 Feb;12(1):63-8.	X		
7. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Oct 20;13:190.			
8. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013;42(3):287-300.	X	X	Descartado(no objetivos del estudio)
9. Leontjevas R, Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Vernooij-Dassen MJ, Koopmans RT. A structural multidisciplinary approach	X		

to depression management in nursing-home residents: a multicentre, stepped-wedge cluster-randomised trial. Lancet. 2013 Jun 29;381(9885):2255-64.			
10. Aelfers E, Bosma H, Houkes I, van Eijk JT. Effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce mild to moderate depression and chronic fatigue in a working population: the design of a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2013 Feb 12;13:129	X		
11. Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Boqué-Cavallé M, Aparicio-Casals MR, Valdivieso-López A, Lleixá-Fortuño M. [Effectiveness of problem solving technique applied by nurses: decreased anxiety and depression in family caregivers].BMC Public Health. 2013 Feb 12;13:129.	X		
12. Kenyon S, Jolly K, Hemming K, Ingram L, Gale N, Dann SA, Chambers J, MacArthur C. Evaluation of Lay Support in Pregnant women with Social risk (ELSIPS): a randomised controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Feb 29;12:11.	X		
13. Rollman BL, Belnap BH. The Bypassing the Blues trial: collaborative care for post-CABG depression and implications for future research. Cleve Clin J Med. 2011 Aug;78 Sppl 1:S4-12.	X		
14. Gerritsen DL, Smalbrugge M, Teerenstra S, Leontjevas R, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Derksen E, Koopmans RT. Act In case of Depression: the evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes. Study Protocol. BMC Psychiatry. 2011 May 20;11:91.	X		
15. Stinson CK, Young EA, Kirk E, Walker R.			

Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Oct;17(8):665-73.	X		
16. Brugha TS, Morrell CJ, Slade P, Walters SJ. Universal prevention of depression in women postnatally: cluster randomized trial evidence in primary care. Psychol Med. 2011 Apr;41(4):739-48.	X	X	Descartado (no tema de estudio)
17. Morgan M, Dunbar J, Reddy P, Coates M, Leahy R. The TrueBlue study: is practice nurse-led collaborative care effective in the management of depression for patients with heart disease or diabetes? BMC Fam Pract. 2009 Jun 23;10:46.	X		
18. Konnert C, Dobson K, Stelmach L The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. Aging Ment Health. 2009 Mar;13(2):288-99.	X		
19. Walker J, Cassidy J, Sharpe M; SMaRT Oncology-2 Trialists. The second Symptom Management Research Trial in Oncology (SMaRT Oncology-2): a randomised trial to determine the effectiveness and cost-effectiveness of adding a complex intervention for major depressive disorder to usual care for cancer patients. Trials. 2009 Mar 30;10:18.	X		
20. Knight MM, Houseman EA. A collaborative model for the treatment of depression in homebound elders. Issues Ment Health Nurs. 2008 Sep;29(9):974-91	X		
21. Strong V, Waters R, Hibberd C, Murray G, Wall L, Walker J, McHugh G, Walker A, Sharpe M. Management of depression for people with cancer (SMaRT oncology 1): a randomised trial. Lancet. 2008 Jul	X		

5;372(9632):40-8.			
22. Chew-Graham C, Chamberlain E, Turner K, Folkes L, Caulfield L, Sharp D. GPs' and health visitors' views on the diagnosis and management of postnatal depression: a qualitative study. Br J Gen Pract. 2008 Mar;58(548):169-76.	X	X	
23. Cullum S, Tucker S, Todd C, Brayne C. Effectiveness of liaison psychiatric nursing in older medical inpatients with depression: a randomised controlled trial.Age Ageing. 2007 Jul;36(4):436-42.	X		
24. Lie I, Arnesen H, Sandvik L, Hamilton G, Bunch EH. Effects of a home-based intervention program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: a randomized controlled trial.J Psychosom Res. 2007 Apr;62(4):411-8.	X		
25. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringer A, Glazier RH, Midmer D, et al. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. J Obstet Gynaecol Can. 2006 Oct;28(10):873-8.	X	X	Descartado (no objetivos del estudio)
26. Ingadóttir E, Thome M. Evaluation of a web-based course for community nurses on postpartum emotional distress.Scand J Caring Sci. 2006 Mar;20(1):86-92.	X	X	
27. Oyama H, Ono Y, Watanabe N, Tanaka E, Kudoh S, Sakashita T, Sakamoto S, Neichi K, Satoh K, Nakamura K, Yoshimura K. Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention.Psychiatry Clin Neurosci. 2006 Feb;60(1):110-4.	X		
28. Tezel A, Gözüm S. Comparison of effects			

of nursing care to problem solving training on levels of depressive symptoms in post partum women. Patient Educ Couns. 2006 Oct;63(1-2):64-73.	X		
29. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP study. Health Technol Assess. 2005 Sep;9(37):1-104.			
30. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. Birth. 2005 Mar;32(1):11-9.	X		
31. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, Midmer D, Glazier RH, Wilson L, Permaul JA, Pugh P, Chalmers B, Seddon F, Stewart DE. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. Birth. 2005 Mar;32(1):11-9.	X		
32. Mårtensson J, Strömberg A, Dahlström U, Karlsson JE, Fridlund B. Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression Eur J Heart Fail. 2005 Mar 16;7(3):393-403.	X		
33. Sherbourne CD, Weiss R, Duan N, Bird CE, Wells KB. Do the effects of quality improvement for depression care differ for men and women? Results of a group-level randomized controlled trial. Med Care. 2004 Dec;42(12):1186-93.	X		
34. Carpenter JS, Elam JL, Ridner SH, Carney PH, Cherry GJ, Cucullu HL. Sleep, fatigue, and depressive symptoms in breast cancer	X		

survivors and matched healthy women experiencing hot flashes. Oncol Nurs Forum. 2004 May;31(3):591-5598.			
35. Morse C, Durkin S, Buist A, Milgrom J. Improving the postnatal outcomes of new mothers. J Adv Nurs. 2004 Mar;45(5):465-74.	X		
36. Lumley J, Small R, Brown S, Watson L, Gunn J, Mitchell C, et al. PRISM (Program of Resources, Information and Support for Mothers) Protocol for a community-randomised trial [ISRCTN03464021]. BMC Public Health. 2003 20;3:36.	X	X	X
37. Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, Weinberger M. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. Int J Psychiatry Med. 2003;33(1):17-37.			
38. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, et al. [Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients]. Encephale. 2002;28(1):65-70	X	X	Descartado (no objetivos del estudio)
39. Horowitz JA, Bell M, Trybulski J, Munro BH, Moser D, Hartz SA, McCordic L, Sokol ES. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. J Nurs Scholarsh. 2001;33(4):323-9.			
40. Simons J, Reynolds J, Morison L. Randomised controlled trial of training health visitors to identify and help couples with relationship problems following a birth. Br J Gen Pract. 2001 Oct;51(471):793-9.			
41. Dwight-Johnson M, Unutzer J, Sherbourne C, Tang L, Wells KB. Can quality improvement programs for depression in primary care	X		

address patient preferences for treatment? Med Care. 2001 Sep;39(9):934-44.			
42. Smith JL, Rost KM, Nutting PA, Elliott CE. Resolving disparities in antidepressant treatment and quality-of-life outcomes between uninsured and insured primary care patients with depression. Med Care. 2001 Sep;39(9):910-22.	X		
43. McCurren C, Dowe D, Rattle D, Looney S Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. Appl Nurs Res. 1999 Nov;12(4):185-95.	X		
44. Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. J Paediatr Child Health. 1999 Jun;35(3):237-4	X		
45. Shah A, De T. Documented evidence of depression in medical and nursing case-notes and its implications in acutely ill geriatric inpatients. Int Psychogeriatr. 1998 Jun;10(2):163-72.	X		
46. Gerety MB, Williams JW Jr, Mulrow CD, Cornell JE, Kadri AA, Rosenberg J, Chiodo LK, Long M. Performance of case-finding tools for depression in the nursing home: influence of clinical and functional characteristics and selection of optimal threshold scores. J Am Geriatr Soc. 1994 Oct;42(10):1103-9.	X		
47. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. BMJ. 1989 Jan 28;298(6668):223-6.	X		
48. Klingberg-Alvin M, Cleeve A, Atuhairwe S et al. Comparison of treatment of incomplete abortion with misoprostol by physicians and midwives at district level in Uganda: a	X		

randomised controlled equivalence trial. Lancet. 2015; 385(9985): 2392-98			
49. Goodman JH, Prager J, Goldstein R et al. Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial. Arch Womens Health. 2015; 18(3): 493-506	X		
50. Milgrom J, Holt CJ, Gemmil AW et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. BMC PSYCHIATRY. 2011; 11(95).	X		
51. Flynn HA, O Mahen HA, Massey L et al. The impact of a brief obstetrics clinic based-intervention on treatment use for perinatal depression. J Womens Health. 2006; 15(10):1195-1204.	X	X	
52. Webster J, Linnane J, Roberts J et al. Identify, educate and alert (IDEA): an intervention to reduce postnatal depression. BJOG. 2003; 110(9): 842-46.	X	X	
53. <sup>1</sup> Leung, SSL (Leung, Shirley Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. Journal of Public Health	X	X	Incluido

#### Anexo 4: Estrategias de búsqueda: otros estudios.

**Bases de datos:** Pubmed, Web of science, Cuiden.

**Idiomas:** Inglés, español, portugués.

No se establece límite cronológico.

**Estrategias de búsqueda:**

Pubmed: ("Depression, Postpartum"[Mesh]OR Depress\*[title]) AND (dETEC\* OR screen\*[tittle] ) AND ("nursing" [Subheading] OR "Nursing"[Mesh]OR NURS\*[TITLE] OR midwif\*[TITLE]).

Web of science: : ("postpartum depression" AND"screening"AND"nurse"OR"midwife").

Cuiden: "depresión posparto".

Filtro: Classical article, comparative study, journal article, meta-analysis, observational study

Se han detectado 488 estudios en Pubmed, 206 en Web of Science y 38 en Cuiden.

732 estudios identificados→88 estudios duplicados→39 seleccionados para su lectura a texto completo→**6 estudios incluidos.**

Diseño	Título	Resumen	Texto completo
1. Allen S. Early detection of postnatal depression. Nurs Stand. 1993 Oct 6-12;8(3):25-8.	X	X	X Descartado, limitación metodológica: no resultados
2. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. BMC Fam Pract. 2011 Jun 09;12:47.	X	X	X Descartado(no tema de estudio)

3. Beacham TD, May M, Williams PR, Schenk L, Askew R, Walker J, et al. Assessing postpartum depression in women: the home health nurse perspective. Home Healthc Nurse. 2008 Oct;26(9):552-60.	X	X	X Descartado, por limitación metodológica(no específica tipo de estudios ni método)
4. <sup>2</sup> Beck CT, Gable RK. Screening performance of the postpartum depression screening scale--Spanish version. J Transcult Nurs. 2005 ;16(4):331-8.	X	X	X <b>Incluido</b>
5. Beck CT. State of the science on postpartum depression: what nurse researchers have contributed-part 2. MCN Am J Matern Child Nurs. 2008 May-Jun;33(3):151-6;	X	X	X Descartado por limitaciones metodológicas
6. Borrill J. Detecting and preventing postnatal depression. Community Nurse. 1998 Apr;4(3):19-20	X	X	X Descartado, no tema de estudio
7. <sup>3</sup> Clarke PJ. Validation of two postpartum depression screening scales with a sample of First Nations and Métis women. Can J Nurse Res 2008 Mar;40(1):113-25	X	X	X <b>Incluido</b>
8. Clemmens D, Driscoll JW, Beck CT. Postpartum depression as profiled through the depression screening scale. MCN Am J Matern Child Nurs. 2004 May-Jun;29(3):180-5..	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio
9. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge. Tidsskr Nor Laegeforen. 2014 Feb 11;134(3):297-301.	X	X	X Descartado por limitación metodológica, revisión literaria, no estrategia de búsqueda
10. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B.			

Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. Public Health Nurs. 2010 May-Jun;27(3):255-62.	X	X	X Descartado, investigación cualitativa
11. Glavin K, Leahy-Warren P. Postnatal depression is a public health nursing issue: perspectives from norway and ireland. Nurs Res Pract. 2013;2013:813409.	X	X	X Descartado por limitación metodológica
12. Hall BM, Glenn LL. Detection and management of perinatal depression by midwives. Women Birth. 2013 Mar;26(1):e65	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio
13. Hanna B, Jarman H, Savage S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. Int J Nurs Pract. 2004 Apr;10(2):72-9.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio
14. Hanna B, Jarman H, Savage S, Layton K. The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2004 Mar-Apr;33(2):191-7.	X	X	X Descartado, no tema de estudio
15. Harcha HL. Detection of postpartum depression at well-child visits. Ky Nurse. 2006 Apr-Jun;54(2):15.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio
16. Horowitz JA, Goodman JH. Identifying and treating postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005 Mar-Apr;34(2):264-73.	X	X	X Descartado por limitaciones metodológicas(folleto informativo)
<b>17. <sup>4</sup>Horowitz JA, Murphy CA, Gregory KE, Wojcik J. A community-based screening initiative to identify</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b> <b>Incluido</b>

mothers at risk for postpartum depression. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011 Jan-Feb;40(1):52-61.			
18. <sup>5</sup> Horowitz, June Andrews. Community-based postpartum depression screening within the first month after delivery. Contemp Nurse. 2006 Feb-Mar;21(1):85-93.	X	X	X Incluido
19. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' knowledge of antenatal and postpartum depression: a national survey. J Midwifery Womens Health. 2011 Jul-Aug;56(4):353-61.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio(visión de los profesionales)
20. Jones CJ, Creedy DK, Gamble JA. Australian midwives' awareness and management of antenatal and postpartum depression. Women Birth. 2012 Mar;25(1):23-8..	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio(visión de los profesionales)
21. Kuosmanen L, Vuorilehto M, Kumpuniemi S, Melartin T. Post-natal depression screening and treatment in maternity and child health clinics. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2010 Aug;17(6):554-7.	X	X	X Descartado, no objetivos; programa de psicoterapia
22. Logsdon MC, Tomasulo R, Eckert D, Beck C, Dennis CL. Identification of mothers at risk for postpartum depression by hospital-based perinatal nurses. MCN Am J Matern Child Nurs. 2012 Jul-Aug;37(4):218-25.	X	X	X Descartado, guía clínica
23. Logsdon MC, Wisner K, Billings DM, Shanahan B. Raising the awareness of primary care providers about postpartum depression. Issues Ment Health Nurs.	X	X	X Descartado, no metodología

2006 Jan;27(1):59-73.			
24. Meadows-Oliver M. Screening for postpartum depression at pediatric visits. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2012 Sep;50(9):4-5.	X	X	X Descartado; no objetivos del estudio
<b>25. <sup>6</sup>Mitchell AM, Mittelstaedt ME, Schott-Baer D. Postpartum depression: the reliability of telephone screening. MCN Am J Matern Child Nurs. 2006 Nov-Dec;31(6):382-7.</b>	X	X	<b>X Incluido</b>
26. Mosack V, Shore ER. Screening for depression among pregnant and postpartum women. J Community Health Nurs. 2006 Spring;23(1):37-47.	X	X	X Descartado por razones metodológicas, folleto
27. Psaros C, Geller PA, Sciscione AC, Bonacquisti A. Screening practices for postpartum depression among various health care providers J Reprod Med. 2010 Nov-Dec; 55(11-12):477-84.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio (visión de los profesionales)
28. Rompala KS, Cirino N, Rosenberg KD, Fu R, Lambert WE. Prenatal Depression Screening by Certified Nurse-Midwives, Oregon. J Midwifery Womens Health. 2016 Aug 19.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio (visión de los profesionales)
29. Sanders LB. Assessing and managing women with depression: a midwifery perspective. J Midwifery Womens Health. 2006 May-Jun;51(3):185-92.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio (informativo)
30. Sanders LB. Attitudes, perceived ability, and knowledge about depression screening: A survey of certified nurse-midwives/certified midwives. J Midwifery Womens Health____2006; 51(5): 340-6	X	X	X Descartado, no objetivos (actitudes de los profesionales)

31. Schaar GL, Hall M. A nurse-led initiative to improve obstetricians' screening for postpartum depression. Nurs Womens Health. 2013 Aug-Sep;17(4):306-15.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio(visión de los profesionales)
32. Scrandis DA. Home health clinicians can find and help women with postpartum depression. Home Healthc Nurse. 2006 Oct;24(9):564-9.	X	X	X Descartado por no cumplir criterios de inclusión(intervenciones dirigidas a médicos)
33. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. MCN Am J Matern Child Nurs. 2010 Sep-Oct;35(5):280-5.	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio
34. Segre LS, Pollack LO, Brock RL, Andrew JR, O'Hara MW. Depression screening on a maternity unit: a mixed-methods evaluation of nurses' views and implementation strategies. Issues Ment Health Nurs. 2014 Jun;35(6):444-54.	X	X	X Descartado, estudio cualitativo
<b>35. Carrascón, Alicia; García, Susana; Ceña, Blanca; Fornés, Montse; Fuentelsaz, Carmen. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas Prof. 2006. 7(4):5-11</b>	X	X	<b>X Incluido</b>
36. K McDowell, Wendy. Detectar a mujeres posparto en riesgo por trastornos del humor. Nursing -Ed esp-. 2009 ene. 27(1):42-43	X	X	X Descartado(no objetivos del estudio)
37. Félix, Tamires Alexandre; Ferreira, Adriana Gomes Nogueira; Siqueira, Danielle d Ávila; do Nascimento, Katia Vieira; Neto, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes; Mira, Quiteria Livia Muniz. Actuación de enfermería frente a	X	X	X Descartado(no objetivos del estudio)

la depresión postparto en las consultas de puericultura. Enferm Global . 2013. 12(29):404-419			
38. Boska, Gabriella de Andrade; Wisniewski, Danielle; Lentsck, Maicon Henrique. Sintomas depresivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh [Síntomas depresivos en el puerperio: la identificación por la escala de depresión posparto de Edinburgh]. J Nurs Health . 2016. 6(1):38-50	X	X	X Descartado por no cumplir criterios de inclusión de estudios(investigación cualitativa)
39. Galán, Rocío Esperanza; Cárdenas de Cos, Carmen María. Diagnóstico precoz de depresión posparto: Factores de riesgo. Enferm Gaditana -Esp-. 2014. IX(26):22-23	X	X	X Descartado, no objetivos del estudio

## ANEXO 5: Análisis individual de los estudios:

<b>Estudio</b>	Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial
<b>Diseño</b>	Ensayo clínico aleatorizado.
<b>Participantes</b>	552 mujeres que asisten a las visitas de enfermería pediátrica. Se excluyen aquellas mujeres que han participado en otros programas de screening y que reciben tratamiento psiquiátrico.
<b>Herramientas de screening</b>	EPDS en el grupo de intervención: puntuación de 10 o más y respuesta positiva en pregunta 10(ideación suicida). Juicio clínico en grupo control a los 2 meses A los 6 meses EPDS en ambos grupos
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	29% en grupo de intervención y 6% en grupo control son derivadas para asesoramiento y tratamiento A los 6 meses, 13% en grupo intervención y 22% en grupo control 41% de disminución en la proporción de las puntuaciones de EPDS a los 6 meses.
<b>Semana del screening</b>	2 meses, 6 meses y 18 meses
<b>Factores de riesgo</b>	No encuentra diferencias estadísticamente significativas

<b>Estudio</b>	A community-based screening initiative to identify mothers at risk for postpartum depression
<b>Diseño</b>	Estudio descriptivo
<b>Participantes</b>	5169 mujeres entre los 14 y 49 años, en las 4-6 semanas posparto. Criterios de inclusión: hablar y entender bien inglés, buen estado de salud materno y neonatal, vivir a 90 minutos en coche del hospital. Criterios de exclusión: no entender inglés, estar diagnosticada de esquizofrenia, trastorno psicótico o bipolar, tener gemelos, un recién nacido prematuro o enfermo.
<b>Herramientas de screening</b>	EPDS, MIT-brief(herramienta de información con cuestiones de información demográfica; edad materna, años de educación, paridad, raza y si su médico le ha preguntado por

	su estado emocional) y SCID-DSMIV(Structured clinical interview for DSM disorders).
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	El 13% dan puntuaciones iguales o mayores de 10 en la EPDS.
<b>Semana del screening</b>	4 semanas posparto.
<b>Factores de riesgo</b>	No se encuentra diferencia estadísticamente significativa con paridad, raza, educación o edad materna. Sí existe fuerte asociación entre la historia de depresión y la depresión posparto.

<b>Estudio</b>	Screening Performance of the Postpartum Depression Screening Scale—Spanish Version
<b>Diseño</b>	Estudio descriptivo
<b>Participantes</b>	150 mujeres hispanas residentes en Estados Unidos. Criterios de inclusión: no diagnóstico de depresión durante el embarazo, que sepan leer en español.
<b>Herramientas de screening</b>	PDSS (Postpartum Depression Screening Scale). Puntuación de 80 o más criterios de depresión mayor, 60 o más depresión menor.
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	18% criterios de depresión mayor y 19% depresión menor. El 83.3% correctamente clasificadas tras evaluación clínica
<b>Semana del screening</b>	2 semanas posparto
<b>Factores de riesgo</b>	Bajo soporte social, estrés, historia de depresión anterior.

<b>Estudio</b>	Community-based postpartum depression screening within the first month after delivery
<b>Diseño</b>	Estudio descriptivo.
<b>Participantes</b>	1071 mujeres a las 2-4 semanas de dar a luz. Criterios de inclusión: El parto se atendió en un hospital comunitario de Boston, anglohablantes, recién nacido sano, estar a 90 minutos de un hospital.

	Criterios de exclusión: Trastorno psicótico.
<b>Herramientas de screening</b>	Demographic screening form: formulario de información demográfica básica como edad materna, edad neonatal, educación materna, paridad y raza. EPDS: Se considera que 9/10 puntos corresponden a una depresión menor y a partir de ahí a una depresión moderada o severa. Más de 13 puntos en la EPDS serían un criterio de derivación a un centro de salud mental.
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	El 19,71 de las participantes tienen puntuaciones que corresponden con una depresión, el 12.6 menor y el 7.1 mayor.
<b>Semana del screening</b>	2-4 semanas
<b>Factores de riesgo</b>	Edad materna y educación moderadamente correlacionadas

<b>Estudio</b>	Postpartum depression: the reliability of telephone screening
<b>Diseño</b>	Estudio descriptivo
<b>Participantes</b>	106 participantes. Criterios de inclusión: mayores de edad, hablantes de inglés.
<b>Herramientas de screening</b>	PDSS; 60-80 moderada, 80 o más severa Autoinforme demográfico en el que constan edad, estado civil, empleo, embarazos previos, historia de depresión, medicación.
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	24% depresión moderada a severa 15% moderada 9% severa
<b>Semana del screening</b>	8 semanas
<b>Factores de riesgo</b>	Las mujeres que registran ansiedad previa a la hospitalización tienen puntuaciones más altas.

<b>Estudio</b>	Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto
<b>Diseño</b>	Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico
<b>Participantes</b>	263 mujeres de dos centros de salud. Criterios de exclusión: dificultades idiomáticas.
<b>Herramientas de screening</b>	EPDS Cuestionario de datos demográficos elaborado por los investigadores
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	10.95% en las 2 semanas posparto. 14.6% a las 4-6 semanas posparto.
<b>Semana del screening</b>	2-4 semanas posparto
<b>Factores de riesgo</b>	Ser mayor de 35 años, hijo menor de 3 años, problemas económicos, situación laboral desfavorable durante el embarazo, ansiedad percibida durante el embarazo, antecedente de IVES.

<b>Estudio</b>	Validation of two postpartum depression screening scales with a sample of First nations and Metis Women
<b>Diseño</b>	Estudio descriptivo
<b>Participantes</b>	103 mujeres mayores de edad, anglohablantes, en el periodo que abarca del primer mes a los 12 meses posparto
<b>Herramientas de screening</b>	SCID-DSM IV
<b>% de mujeres detectadas para evaluación y tratamiento</b>	17% de mujeres diagnosticadas
<b>Semana del screening</b>	1-12 meses
<b>Factores de riesgo</b>	No encuentra diferencia estadística con ninguna variable

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol.* 2011;117(4):961.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD).[Internet]. ICD-10 online version: 2016. [Consultado el 21/04/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
4. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13:37.
5. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord* 2015; 175:34.
6. Mason WA, Rice MJ, Records K. The lived experience of postpartum depression in a psychiatric population. *Perspect Psychiatr Care.* 2005. 41(2): 52-61.
7. Mazzeo SE, Zucker NL, Gerke CK, Mitchell KS & Bulik CM. Parenting concerns of women with histories of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005; 37: 77-79.
8. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and etiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28:3.
9. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996; 8:37-54.

10. Arcaso C, García L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas. *Med Clin*. 2003; 120(9): 326-329.
11. Logdson MC. Social support for pregnant and postpartum women, AWHONN, Monograph Association of Women's Health.
12. Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. *N Engl J Med*. 2011 Oct;365(17):1605-11.
13. Hanna B, Jarman H, Savage S, Layton K. The early detection of postpartum depression: midwives and nurses trial a checklist. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004 Mar-Apr;33(2):191-7
14. Mann R. and S. Gilbody. Validity of two case finding questions to detect postnatal depression: a review of diagnostic test accuracy. *J Affect Disord* 133 (3):388-397, 2011.
15. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de depresión posparto de Edinburgo. *BJPsych Int* .1987 Jun; 150
16. Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, et al. [Internet]. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Comparative Effectiveness Review 106. AHRQ Publication No. 13-EHC064-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. [Consultado el 5/05/2017]. Disponible en: [www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm](http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm).
17. Vega-Dienstmaier JM, Mazzotti G, Campos M. Validación de una versión en español de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatri*. 2002; 30(2): 106-111.
18. Oquendo M, Lartigue T, González I, Mendez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2008; 22: 195-202.

19. Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Int J Clin Hlth Psyc.* 2005; 5(2): 305-18.
20. Ramsay, R. Postnatal depression, *Lancet.* 1993; 341.
21. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care 5th ed. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington DC, 2002.
22. American College of Nurse-Midwives.[Internet]. Depression in Women. Position Statement. 2013. [Consultado el día 20/05/2017]. Disponible en: <http://midwife.org/index>.
23. Rompala KS, Cirino N, Rosenberg KD, Fu R, Lambert WE. Prenatal Depression Screening by Certified Nurse-Midwives, Oregon. *J Midwifery Womens Health.* 2016 Aug 19.
24. Schaar GL, Hall M. A nurse-led initiative to improve obstetricians' screening for postpartum depression. *Nurs Womens Health.* 2013 Aug-Sep;17(4):306-15; quiz 16.
25. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.