

TRABAJO DE FIN DE GRADO

INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES ADOLESCENTES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

*Convocatoria junio.
Curso académico 2023-24.*

**AUTORA: SARA GONZÁLEZ BELLOSO
TUTORA: MARÍA LEONOR VARELA LEMA
COTUTORA: GUADALUPE GARCÍA**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS.....	7
1. Objetivo principal.....	7
2. Objetivos secundarios.....	7
METODOLOGÍA	7
1. Diseño del estudio	7
2. Búsqueda bibliográfica	8
3. Selección de estudios	10
4. Extracción y Análisis de datos.....	10
5. Evaluación de la calidad de los estudios.....	10
RESULTADOS	11
1. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	11
2. Características de los estudios	12
3. Calidad de los estudios	13
4. Resultados de efectividad.....	13
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIÓN	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	25

RESUMEN

Introducción: El nacimiento de un bebé genera una elevada carga emocional y puede llegar a provocar lo que se conoce como depresión posparto. Esta situación influye en el estado de ánimo de la madre, afectando en su calidad de vida, así como en el cuidado del bebé. Es imprescindible conocer intervenciones específicas para prevenir esta situación, especialmente en grupos de la población más vulnerables, como pueden ser las madres adolescentes.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es evaluar la efectividad de las intervenciones actuales en la prevención de la depresión posparto en madres adolescentes. Se pretende también identificar a los agentes implicados en estas intervenciones y cuál es el momento más adecuado de actuación para prevenir la depresión posparto en madres adolescentes.

Método: Se realizó una revisión sistemática utilizando las bases de datos Pubmed, Scopus y Cochrane según las normas PRISMA 2020. Se incluyeron ensayos clínicos que evaluaran la prevención de la depresión postparto en madres adolescentes publicados a partir de 2017. Se realizó un análisis descriptivo y se evaluó la calidad de los estudios.

Resultados: Las intervenciones de apoyo social y las intervenciones basadas en la teoría de la conducta planificada son las más efectivas a la hora de prevenir la depresión posparto en las madres adolescentes. Las intervenciones centradas en la terapia interpersonal no han demostrado diferencias significativas en los resultados del estudio.

Conclusiones: La depresión posparto en las madres adolescentes es un problema de salud presente en nuestra sociedad, por lo que los profesionales sanitarios, especialmente las matronas, deben conocer las intervenciones más eficaces enfocadas a este grupo de la población para poder prevenir su aparición.

Palabras clave: madres adolescentes, depresión posparto, embarazo en adolescencia, cuidados de enfermería, salud mental materna

RESUMO

Introdución: O nacemento dun bebé xera unha elevada carga emocional e pode chegar a provocar o que se coñece como depresión posparto. Esta situación inflúe no estado de ánimo da nai, afectando na súa calidade de vida, así como no coidado do bebé. É imprescindible coñecer intervencións específicas para previr esta situación, especialmente en grupos da poboación máis vulnerables, como poden ser as nais adolescentes.

Obxectivos: O obxectivo principal deste traballo é avaliar a efectividade das intervencións actuais na prevención da depresión posparto en nais adolescentes. Preténdese tamén identificar cales son os axentes implicados nestas intervencións e cal é o momento máis adecuado de actuación para previr a depresión posparto en nais adolescentes.

Método: Realizouse unha revisión sistemática utilizando as bases de datos Pubmed, Scopus e Cochrane segundo as normas PRISMA 2020. Incluíronse ensaios clínicos que avaliasen a prevención da depresión postparto en nais adolescentes publicados a partir de 2017. Realizouse unha análise descritiva e avaliouse a calidade dos estudos.

Resultados: As intervencións de apoio social e as intervencións baseadas na Teoría da Conduta Planificada son as máis efectivas á hora de previr a depresión posparto nas nais adolescentes. As intervencións centradas na terapia interpersoal non demostraron diferenzas significativas no os resultados do estudo.

Conclusións: A depresión posparto nas nais adolescentes é un problema de saúde presente na nosa sociedade, polo que os profesionais sanitarios, especialmente as matronas, deben coñecer as intervencións máis eficaces enfocadas a este grupo da poboación para poder previr a súa aparición.

Palabras chave: nais adolescentes, depresión posparto, embarazo en adolescencia, coidados de enfermería, saúde mental materna

SUMMARY

Introduction: The birth of a baby generates a high emotional burden and can lead to what is known as postpartum depression. This situation influences the mother's mood, affecting her quality of life, as well as the care of the baby. It is essential to know specific interventions to prevent this situation, especially in the most vulnerable groups of the population, such as adolescent mothers.

Objectives: The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of current interventions in the prevention of postpartum depression in adolescent mothers. It is also intended to identify the agents involved in these interventions and the most appropriate time to act to prevent postpartum depression in adolescent mothers.

Method: A systematic review was carried out using the Pubmed, Scopus and Cochrane databases according to the PRISMA 2020 guidelines. Clinical trials that evaluated the prevention of postpartum depression in adolescent mothers published from 2017 were included. A descriptive analysis was carried out and evaluated the quality of the studies.

Results: Social support interventions and interventions based on the theory of planned behavior are the most effective in preventing postpartum depression in adolescent mothers. Interventions focused on interpersonal therapy have not shown significant differences in the outcome of the study.

Conclusions: Postpartum depression in adolescent mothers, is a health problem present in our society, so health professionals, especially midwives, should know the most effective interventions focused on this population group in order to prevent its onset.

Key words: adolescent mothers, postpartum depression, adolescent pregnancy, nursing care, maternal mental health

INTRODUCCIÓN

El embarazo y posparto son períodos llenos de cambios en todos los aspectos en la vida de una mujer. Además de ser un momento único y especial, en algunas ocasiones, el nacimiento de un bebé también puede generar una elevada carga emocional, pudiendo provocar la “aparición de un estado depresivo entre las primeras cuatro semanas después de dar a luz y el primer año de vida del bebé”, que recibe el nombre depresión posparto^{1,2}.

La depresión posparto constituye un problema de salud importante en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, el 13% de las mujeres a nivel mundial ha padecido algún tipo de trastorno mental durante el puerperio, primordialmente depresión³. En un metaanálisis publicado en el año 2021, que recoge información sobre estudios realizados en 80 países, la prevalencia global de la depresión posparto asciende al 17,22%, variando entre un 6,48% y 60,93%⁴. En Europa, se estima que la prevalencia agrupada por regiones oscila entre un 12,91% y un 16,62%, existiendo una mayor prevalencia en las regiones occidentales y orientales en comparación con la de los países nórdicos del continente, siendo Bélgica, Reino Unido y Portugal los países más afectados, con una prevalencia de 23,94%, 21,5% y 18,28%, respectivamente^{4,5}. En España, estas cifras son considerablemente menores, estimando que afectan a un 9,09% de las mujeres⁴.

La última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) relaciona la depresión posparto con un inicio en la etapa perinatal o en las primeras cuatro semanas posparto, con una posibilidad del 50% de que se manifiesta en una u otra etapa⁶. Por el contrario, según la 11va edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), el inicio de la depresión posparto se produce a partir de las seis semanas posparto⁷.

Todas las mujeres están expuestas a padecer este tipo de depresión durante este periodo debido al gran cambio que genera ser madre en la vida de la mujer (mayores preocupaciones, cambios y exigencias físicas, atención continua al bebé, cambios hormonales, entre otros)⁸. Sin embargo, la existencia de eventos estresantes, un nivel socioeconómico bajo, la falta de apoyo social, la edad temprana, así como antecedentes psiquiátricos tanto personales como familiares son considerados factores de riesgo adicionales a la hora de desarrollar este trastorno¹.

En relación con lo anterior, los hallazgos de un estudio español sobre la influencia de los rasgos de personalidad en la aparición de la depresión posparto, asocian también la presencia de neuroticismo con la sintomatología de este trastorno, considerándolo como el único rasgo

psicológico que puede predecir su aparición⁹.

El impacto de la depresión posparto afecta negativamente a la salud de la madre, provocando un estado de ánimo caracterizado por irritabilidad, tristeza, desánimo, anhedonia, sentimiento de culpa y de incapacidad para cuidar de su bebé⁸. Además de estas consecuencias, la depresión también puede afectar al propio autocuidado de la madre y del bebé ya que estos pueden ser desatendidos, poniendo en riesgo la salud de ambos³. Asimismo, la depresión puede constituir un obstáculo a la hora de desarrollar y fortalecer una relación de apego seguro entre el bebé y su madre, lo que podría contribuir al abandono de la lactancia materna, así como afectar al desarrollo cognitivo y conductual del bebé, con consecuencias que pueden perdurar a largo plazo, pudiendo provocar dificultades en futuras relaciones sociales de este¹⁰. Los hallazgos de un estudio longitudinal sobre el desarrollo de la depresión en la descendencia de madres que han sufrido depresión posparto exponen una mayor probabilidad de que los hijos de madres que han padecido este trastorno desarrollen depresión a los 16 años, en comparación con los hijos de aquellas que no lo han sufrido (41,5% frente a 12,5%, respectivamente). Además el estudio recoge que el apego inseguro así como la exposición a conflictos y adversidades familiares pueden contribuir también a la aparición de la depresión adolescente¹¹.

En 2023, el Consejo General de Psicología de España elaboró un informe que propone medidas para prevenir la depresión posparto en nuestro país. Este informe recomienda la necesidad de incluir un programa de cribado de este trastorno en cada Comunidad Autónoma y de establecer programas de prevención específicos a la población atendida en cada momento¹². Asimismo, anteriores revisiones sistemáticas coinciden también con este informe, sosteniendo la efectividad de intervenciones basadas en el apoyo social, terapia cognitivo- conductual, terapia interpersonal así como psicoeducación prenatal y posnatal, teniendo siempre en cuenta la situación y factores de riesgo de cada mujer y fomentando de esta manera la autoeficacia de la madre sobre el bebé^{12,13,14}.

JUSTIFICACIÓN

Los datos existentes apoyan la necesidad de un seguimiento de la salud mental materna en el periodo posparto, así como la necesidad de desarrollar intervenciones y programas de psicoeducación y de apoyo psicosocial que ayuden a disminuir la incidencia de este trastorno en nuestra población. El rol de enfermería, principalmente el papel de la matrona es de vital

importancia para promover una detección precoz de los síntomas de la depresión posparto, así como un correcto seguimiento y manejo de dicho trastorno en las mujeres que lo padecen. Existen escasas revisiones que evalúen las intervenciones para prevenir la depresión posparto en madres adolescentes, siendo la última de ellas publicada en 2019^{13,15,16}. Desde entonces, existen nuevos cambios importantes en el ámbito tecnológico y científico que han podido contribuir a aumentar la prevención de este trastorno, por lo que resulta importante actualizar la información existente. Por lo tanto, esta revisión tiene como finalidad conocer la nueva evidencia sobre intervenciones específicas para prevenir la depresión posparto en las madres adolescentes. De esta manera, podrían proporcionarse nuevas estrategias a los profesionales de la salud para brindar mayor apoyo a estas madres y para identificar y manejar el trastorno de manera más precoz y precisa, promoviendo así un estado óptimo de la salud mental en la maternidad adolescente.

OBJETIVOS

1. Objetivo principal

-Evaluar la efectividad de las intervenciones actuales en la prevención de la depresión posparto en madres adolescentes

2. Objetivos secundarios

-Identificar los agentes implicados en las intervenciones de prevención de la depresión posparto en madres adolescentes

- Identificar el momento adecuado de actuación para prevenir de la depresión posparto en madres adolescentes

METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

El presente trabajo es una actualización de una revisión previa¹³, la cual incluye 13 estudios (ensayos controlados aleatorios) que fueron publicados entre los años 2000 y 2017 en Estados Unidos y que evalúan 5 tipos de intervenciones psicosociales y 2 tipos de intervenciones psicológicas para prevenir la depresión posparto en una muestra de 2236 madres adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 19 años. De estas intervenciones, 6 muestran resultados significativos en cuanto a la prevención de la depresión posparto en este grupo de la población;

de las cuales se destacan 3 tipos de intervenciones psicosociales (visitas domiciliarias, programas educativos prenatales y postnatales y entrenamiento de masaje infantil) y 2 tipos de intervenciones psicológicas (Psicoeducación y Terapia Cognitivo Conductual y el programa REACH basado en Terapia Interpersonal).. Se presenta una tabla resumen de los estudios incluidos en la revisión previa en Anexos (Anexo 1. Principales características y resultados de los estudios incluidos en la revisión de Sangsawang y col.).

Para actualizar la revisión sistemática existente la cual incluye estudios hasta 2017, en este trabajo se realiza una revisión sistemática de la literatura a partir del mencionado año, según las normas PRISMA 2020¹⁷. En la siguiente tabla se formula la pregunta PICOS:

Tabla 1. Pregunta PICO

P ACIENTE	Madres adolescentes con edad comprendida entre 10 y 19 años
I NTERVENCIÓN	Prevención de la depresión posparto (tiempo de aparición entre las primeras 4 semanas posparto y el primer año de vida del bebé)
C OMPARACIÓN	Práctica rutinaria (pudiendo incluir material informativo)
O UTCOMES - RESULTADOS	Disminución de la depresión posparto
D ISEÑO	Ensayos clínicos controlados aleatorios y estudio cuasi-experimental

2. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de bibliográfica se realizó el 2 de octubre de 2023 en las bases de datos Pubmed, Scopus y Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron: "adolescent mothers", " postpartum depression", "pregnancy in adolescence", "nursing care", "maternal mental health". Los términos fueron combinados utilizando operadores booleanos (AND, OR). La búsqueda fue filtrada por fecha: publicaciones entre 2017 y 2023 (ambos años incluidos) En la tabla 2 puede observarse la estrategia de búsqueda utilizada para cada base de datos.

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

BASE DE DATOS	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA
<p>PubMed</p>	<p>("mental health"[Title/Abstract] OR "depression"[Title/Abstract] OR "psychosocial"[Title/Abstract] OR "social"[Title/Abstract] OR "psychology"[Title/Abstract]) AND ("pregnancy in adolescence"[MeSH Terms] OR "pregnancy in adolescence"[MeSH Terms] OR (("adolescent"[Title/Abstract] OR "teenager"[Title/Abstract] OR "adolescence"[Title/Abstract]) AND ("pregnancy"[Title/Abstract] OR "gestation"[Title/Abstract] OR "pregnant"[Title/Abstract] OR "mother"[Title/Abstract]))) AND ("intervention"[Title/Abstract] OR "interventions"[Title/Abstract] OR "treatment"[Title/Abstract] OR ("management"[Title/Abstract] OR "care"[Title/Abstract]))</p> <p>1070 resultados</p> <p>Filtros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicados en los últimos 6 años (2017-2023)
<p>SCOPUS</p>	<p>TITLE-ABS-KEY (mental AND health OR depression OR psychosocial OR social OR psychology) AND TITLE-ABS-KEY (pregnancy AND in AND adolescence OR pregnancy AND in AND adolescent OR pregnancy AND in AND teenager) AND TITLE-ABS-KEY (intevention OR interventions OR treatment OR management OR care)</p> <p>29 resultados</p> <p>Filtros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicados en los últimos 6 años (2017-2023)
<p>COCHRANE</p>	<p>"postpartum depression" in Title Abstract Keyword AND "pregnancy" in Title Abstract Keyword AND "adolescence" in Title Abstract Keyword (Word variations have been searched)</p> <p>29 resultados</p> <p>Filtros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicados en los últimos 6 años (2017-2023) • TRIALS

3. Selección de estudios

En primer lugar, se realizó un cribado de los artículos encontrados en las bases de datos según su título y su resumen. Seguidamente, se leyeron a texto completo aquellos artículos que se consideraban relevantes y fueron seleccionados los que cumplían con los siguientes criterios de exclusión e inclusión previamente establecidos:

A. Criterios de inclusión

- Ensayos clínicos controlados y diseños cuasi-experimentales que evalúen intervenciones para la prevención de la depresión posparto en madres adolescentes.

B. Criterios de exclusión

- Ensayos clínicos controlados que evalúen intervenciones en mujeres de diferente edad sin proporcionar los resultados desagregados según los grupos de edad.
- Documentos como cartas al director, actas de congresos, artículos de opinión o cualquier otro que no sea reflejado en los criterios de inclusión.
- Artículos publicados antes del 2017.
- Artículos publicados en idioma diferente a inglés o castellano.

4. Extracción y Análisis de datos

Se elaboró una tabla de extracción de datos que recoge la información más relevante de cada uno de los artículos incluidos (Tabla 3). Esta tabla recoge las siguientes variables: 1) características del estudio (autor/a/s, año de publicación, país); 2) diseño del estudio; 3) año de realización del estudio; 4) tamaño muestral; 5) características de la muestra; 6) ámbito de estudio; 7) intervención; 8) proveedor de intervención; 9) control; 10) evaluación de resultados; 11) hallazgos.

5. Evaluación de la calidad de los estudios

Para evaluar la calidad de 3 de los estudios incluidos^{18,19,20} se empleó la Herramienta Risk-of-Bias (RoB2) para estudios aleatorizados, desarrollada por la Cochrane. Esta herramienta evalúa el riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorizados mediante de la valoración de los siguientes dominios: Dominio 1 (D1): Aleatorización, Dominio 2 (D2): Desviaciones de la intención de tratar, Dominio 3 (D3): Pérdida de datos del resultado, Dominio 4 (D4): Medición del resultado, Dominio 5 (D5): Selección del resultado reportado. Estos dominios se valoran a través de una serie de preguntas de señalización, específicas para cada uno de ellos, obteniendo un riesgo de

sesgo “bajo”, “alto” o indicar “algunas preocupaciones”. A partir de la valoración de cada dominio, se obtiene un resultado global para cada estudio siguiendo la misma clasificación (bajo, alto o dudoso).

Para evaluar el estudio restante, un diseño pretest-postest²¹, se utilizó la escala “The Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)”. Esta escala está indicada para estudios cuasi-experimentales (no aleatorizados) y consiste en una lista de verificación de evaluación crítica que consta de 9 preguntas.

RESULTADOS

1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

En la Figura 1, se presenta el diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos tras la búsqueda bibliográfica. A partir de la búsqueda en 3 bases de datos biomédicas (Pubmed, Scopus y Cochrane) se recuperaron 1128 registros. Luego de eliminar los duplicados, se procedió a la lectura de títulos y resúmenes, donde 57 registros fueron seleccionados para ser leídos a texto completo. Entre estos, 4 registros cumplieron con los criterios de inclusión preestablecidos y fueron incluidos en el estudio.

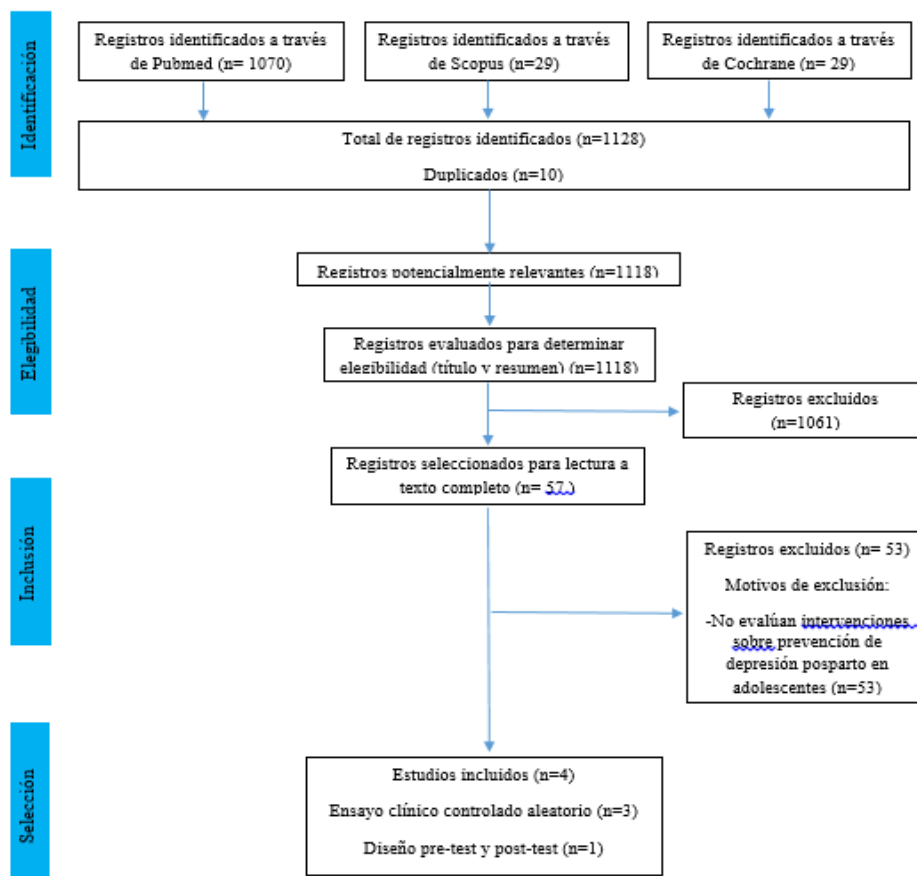


Figura 1. Diagrama de flujo de los estudios incluidos y excluidos

2. Características de los estudios

Se incluyeron 3 ensayos clínicos controlados aleatorios y 1 diseño pre-test y post-test. Los estudios se publicaron entre 2017 y 2023 y proceden de los siguientes países: Turquía²³, Tailandia²⁴ y Estados Unidos^{18,21}. La Tabla 3 detalla las principales características y resultados de los estudios incluidos. Los estudios seleccionados presentan resultados para una muestra total de 689 madres adolescentes entre las que se evaluó la efectividad de intervenciones para la prevención de la depresión posparto. El tamaño de la muestra varía entre las 42 a las 292 participantes. El rango de edad de las participantes es de 10-19 años y el 100% de la muestra está compuesta por mujeres. Entre los artículos incluidos, existen diferentes criterios a la hora de escoger la edad gestacional de las mujeres embarazadas seleccionadas para el estudio: 28 semanas o más de gestación¹⁹, momento de nacimiento del bebé²⁰, menos de 25 semanas de gestación¹⁸, nacimiento del bebé hace menos de un año²¹.

Características de la intervención

Tres de las intervenciones fueron impartidas de manera presencial^{18,19,20}, pudiendo dos de estas intervenciones^{19,20} (en casos excepcionales o debido a que parte de la intervención debe producirse en el domicilio) ser impartidas en el domicilio del paciente; 1 intervención fue impartida de manera online²¹. Las intervenciones fueron impartidas por distintos profesionales en cada estudio: por un paraprofesional con nivel de licenciatura (no detallada)¹⁸, por matronas y posteriormente por los familiares más cercanos al paciente²⁰, por los propios investigadores¹⁹ y por investigadores y personal de agencias comunitarias²¹. Todos los estudios evaluaron los niveles de depresión posparto de manera previa a la intervención. Un único estudio los evalúa una única vez tras la intervención escogida¹⁹, mientras que el resto de los estudios^{18,20,21} lo hacen repetidamente durante el puerperio. Todos los estudios evaluaron la incidencia y gravedad de esta sintomatología depresiva. Uno de ellos evalúa a mayores los niveles de ansiedad y el apoyo social percibido¹⁹ y otro la actitud, el control percibido, las normas subjetivas y la intención de la mujer de buscar tratamiento para poder superar la depresión²¹.

Respecto a las escalas de medidas utilizadas se observa gran variabilidad: dos estudios^{19,20} utilizan la escala “Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS); uno de ellos¹⁹ complementa esta escala con la utilización de “Beck Anxiety Inventory (BAI) y “Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)”. Otro estudio⁴⁰ usa como método de evaluación la entrevista “Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses”(KID-SCID) y la escala “Children’s Depression Rating Scale, Revised”(CDRS-R). Por último, uno de los

estudios²¹ ha usado las escalas “Attitude Towards Seeking Psychological Help” (ATSPPH-SF), “Stigma Scale for Receiving Psychological Help” SSRPH, “Health Self Determination Index” (HSDI) y “Mental Health Seeking Intention Scale” (MHSIS) complementadas con el cuestionario “Patient Health Questionnaire” (PHQ-2) para evaluar los resultados de su estudio.

3. Calidad de los estudios

En la Figura 2 se muestra la valoración de la calidad y riesgo de sesgo según la Herramienta Risk of Bias (RoB2). Dos de los estudios obtuvieron “riesgo de sesgo bajo”^{18,19} y uno de los estudios obtuvo “riesgo de sesgo dudoso”²⁰. En todos los dominios de todos los estudios evaluados, se observó un “riesgo de sesgo bajo”, con la excepción de un estudio²⁰, cuyo Dominio 5 (Selección del resultado reportado), refiere “algunas preocupaciones” y por lo tanto se clasifica con un “riesgo de sesgo dudoso”.

La valoración de la calidad y riesgo de sesgo según la escala “The Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies)” indica que en el diseño pretest-postest incluido en este estudio²⁵ “no hay riesgo de sesgo”.

Estudio	D1	D2	D3	D4	D5	Total	Clasificación el riesgo de sesgo
Cicek, Funda Kavak. 2023.	+	+	+	+	+	+	Riesgo de sesgo bajo
Sangsawang B y cols. 2021	+	+	+	!	+	!	Riesgo de sesgo dudoso
Phipps M y cols. 2020.	+	+	+	+	+	+	Riesgo de sesgo alto

- D1 Aleatorización
- D2 Desviaciones de la intención de tratar
- D3 Pérdida de datos del resultado
- D4 Medición del resultado
- D5 Selección del resultado reportado

Figura 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los ensayos clínicos aleatorizados en cada dominio de la herramienta RoB 2

4. Resultados de efectividad

Las intervenciones estudiadas por los autores en la prevención de la depresión postparto se clasificaron en tres grupos: intervenciones de apoyo social^{19,20}, terapia interpersonal¹⁸ e intervenciones basadas en la teoría de la conducta planificada²¹ (tabla 3).

Intervenciones de apoyo social

Dos estudios^{19,20} evaluaron las intervenciones basadas en el apoyo social como medida de prevención de la depresión postparto. La intervención del estudio de Çiçek Ediz y Funda Kavak¹⁹ está centrada en el apoyo psicológico, aprendizaje social y emocional, resistencia y afrontamiento, estresores psicosociales, percepciones positivas de la crianza de los hijos y participación de los familiares. El grupo de control no recibió ninguna intervención específica. Los resultados muestran puntuaciones medias significativamente inferiores en el grupo de intervención en las escalas de ansiedad (BAI) y depresión (EPDS) ($p < 0,05$ -> ansiedad $p = 0,001$ y depresión $p = 0,001$) y significativamente superiores en la escala de apoyo social percibido (MSPSS) ($p < 0,05$ -> apoyo social percibido $p = 0,001$).

Sangsawang y col.²⁰ evalúa un programa de apoyo psicosocial formado por 2 sesiones para prevenir la depresión a los 3 meses postparto. Estas actividades están basadas en la psicoeducación y en el apoyo emocional e instrumental, así como en fomentar la confianza de la propia madre.. El grupo de control recibió únicamente el seguimiento rutinario habitual. Los resultados fueron evaluados a partir de la escala de depresión EPDS, que muestra puntuaciones medias significativamente inferiores en el grupo de intervención a las 4, 6 y 12 semanas postparto. ($p < 0,05$ -> post-test a las 4 semanas de posparto: $p = 0,001$, seguimiento a las 6 semanas posparto $p = 0,001$ y seguimiento a los 3 meses posparto $p = 0,001$).

Terapia interpersonal

Phipps y col.¹⁸ evaluaron la eficacia del programa REACH2, centrado en la prevención de episodios depresivos mayores postparto, en un grupo de 121 adolescentes embarazadas de 18 años o menos en el momento de la concepción. El programa REACH2 está basado en la terapia interpersonal, es impartido de manera interactiva, a través de contenido multimedia y tareas comentadas y desenvuelve temas como expectativas sobre la maternidad, control del estrés, diferencias entre “tristeza postparto” y depresión, desarrollo de un sistema de apoyo, identificación y tratamiento de conflictos personales, habilidades de comunicación y relaciones saludables. El grupo de control recibió intervenciones no basadas en el programa REACH2. Las evaluaciones posparto fueron realizadas a las 48 horas posteriores al parto y en las visitas de seguimiento a las 6 semanas, 3 meses, 6 meses y 12 meses. Las tasas de episodios depresivos mayores posparto a los 6 meses (aproximadamente un porcentaje del 6% en cada grupo) y a los 12 meses (aproximadamente un porcentaje del 7% en cada grupo) fueron muy similares en ambos grupos y no muestran diferencias significativas las participantes del grupo experimental respecto

al grupo de control ($p= 0,88$). Sin embargo, los autores del estudio destacan mucha menor incidencia que de episodios depresivos mayores en el estudio respecto a tasas nacionales y refieren una probable menor incidencia de casos en el grupo de control debido a la mejora de los recursos comunitarios locales, lo que podría explicar dicho resultado.

Intervenciones basadas en la teoría de la conducta planificada

Logsdon y col.²¹ evalúan en una muestra de madres adolescentes que habían dado a luz en el último año, la eficacia de una intervención impartida a través de Internet. La misma estaba basada en la Teoría de la Conducta Planificada, cuyo objetivo era persuadir a buscar tratamiento para la depresión, en el caso de las madres que presentaran su sintomatología. La intervención del grupo experimental, consistió en un sitio web con vídeos, viñetas, recursos comunitarios y resolución de preguntas frecuentes. Los resultados en el grupo intervención muestran una mejora significativa en las actitudes ($p= 0,041$), creencias de control percibido ($p=0,007$) e intenciones de buscar y recibir tratamiento ($p=0,003$) en comparación con el grupo de control. Las normas subjetivas no cambiaron de manera significativa en el grupo que recibió la intervención. La actitud de las madres adolescentes se vio significativamente influenciada según la dosis de intervención recibida ($p=0,029$). Además, la exposición a la intervención junto con un estado deprimido aumentó las probabilidades e intenciones de buscar tratamiento.

Tabla 3. Principales características y resultados de los estudios incluidos en esta revisión.

AUTOR (ES)/AÑO DE PUBLICACIÓN/ PAÍS	DISEÑO DEL ESTUDIO O ESTUDIO	AÑO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	TAMAÑO MUESTRA	CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	ÁMBITO DE ESTUDIO	INTERVENCIÓN	PROVEEDOR DE INTERVENCIÓN	CONTROL	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	HALLAZGOS
Phipps M y col.¹⁸ 2020. EEUU	Ensayo clínico controlado o aleatorio	2011-2016	E:121 C:129	Adolescentes embarazadas de 18 años o menos en el momento de la concepción, con menos de 25 semanas de gestación en la primera visita prenatal	Unidad Hospitalaria	Intervenciones basadas en una terapia interpersonal (proyecto REACH 2) formada por 5 sesiones prenatales individuales de 1 hora y 1 sesión de refuerzo posparto. Se combinaron sesiones en caso de ser necesario.	Para-profesional con nivel de licenciatura	Intervenciones divididas en 5 sesiones prenatales y 1 sesión de refuerzo posparto (no basadas en el proyecto REACH2, excepto la educación de lactancia materna que fue ofrecida en ambos grupos) Se combinaron sesiones en caso de ser necesario.	La aparición de episodios depresivos mayores posparto se evaluó a través de KID-SCID. La gravedad de los síntomas depresivos se evaluó mediante CDRS-R. Las evaluaciones antes del parto se realizaron antes de la aleatorización y después de la intervención. Las evaluaciones posparto se realizaron en las 48 horas posteriores al parto y en las visitas de seguimiento a las 6 semanas, 3, 6 y 12 meses.	Tras el programa de intervención REACH2 no se mostraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control relativas a las tasas de episodios depresivos mayores en el posparto (p= 0,88).
Çiçek Ediz, Funda Kavak.¹⁹ 2023 Turquía	Ensayo clínico controlado o aleatorio simple ciego	2020	E: 50 C:55	Adolescentes embarazadas con 28 semanas o más de gestación Edad entre 15 y 19 años 105 sujetos	Consulta externa de Obstetricia y ginecología, Hospital de Educación e Investigación de Van y Aula de la Universidad de Ciencias de la Salud (domicilio cuando no pueden asistir)	Programa de psicoeducación basado en apoyo psicosocial, que incluye 8 sesiones interactivas (2 veces/semana durante 4 semanas) de 45 ' de duración cada una. (común para los que asisten al centro e individual para las visitas domiciliarias)	Investigador	No se aplicó ninguna intervención a las adolescentes embarazadas del grupo de control.	Los niveles de ansiedad, depresión y apoyo social fueron evaluados en ambos grupos por BAI, EPDS y MSPSS	Tras la intervenciónaas puntuaciones medias obtenidas por las embarazadas en las escalas BAI y EPDS fueron significativamente inferiores en el grupo de intervención (p<0,05 -> ansiedad p= 0,001 y depresión p= 0,001) y en la escala MSPSS (p<0,05 -> apoyo social percibido p=0,001) .

Sangsawang B y col. 20 2021 Tailandia	Ensayo clínico controlado o aleatorio simple ciego	2019	E:21 C: 21	Madres adolescentes de embarazo único, con parto vaginal que posean apoyo familiar/social Edad: 10-19 años	Unidad Postparto del Hospital de Chon Buri (Tailandia) y domicilio	Programa de apoyo psicosocial, con 2 sesiones: 1ª: Actividades de apoyo social: en los 3 primeros días tras dar a luz (60-90')+llamadas telef. en las primeras 4 sem. (20-25 ') + 1 visita dom. en la 1ª sem. (60-90'). -2ª: Actividades de apoyo social durante las primeras 4 sem	Matronas (1ªsesión) y miembros familiares cercanos (2ª sesión)	El grupo de control recibe únicamente cuidado rutinario de enfermería durante el periodo postparto en la unidad de postparto, sin relación con el estudio.	La Depresión postparto fue evaluada a través de EPDS antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención, a las 6 semanas postparto y a los 3 meses + postparto.	Al final de la intervención, las puntuaciones medias obtenidas por las madres adolescentes en la EPDS fueron significativamente inferiores en el grupo de intervención (a las 4 semanas de postparto: p=0,001, a las 6 semanas postparto p=0,001 y a los 3 meses postparto p=0,001).
Logsdon MC y col. 21 2017 EEUU	Diseño pretest - posttest	2013-2016	E: 154 C:138	Madres adolescentes que habían dado a luz en el último año y cuyo bebé vive con el adolescente. Edad: 13-21 año	Hospital de la Universidad de Louisville, Kentucky, domicilio y online”	Intervención basada en la TPB a través de un sitio web de Internet que incluye viñetas, preguntas y respuestas, y recursos. Las madres debían completar una prueba preliminar y posterior a la intervención a través del sitio web desde una computadora de su elección (online). La dosis de intervención fue analizada a nivel individual según los patrones de uso de la página web. Los participantes del grupo de intervención podían inscribirse para participar en el estudio.	Investigadores interdisciplinarios y personal de agencias comunitarias	Se recopilaron datos en organizaciones comunitarias o visitas domiciliarias. Para el grupo de control, los procedimientos del estudio se inyectaron en un manual que se proporcionó a cada agencia comunitaria que describía los procesos de comunicación. captación, , resolución de problemas y evaluación.	Se evaluaron los resultados antes de la intervención, inmediatamente después de esta y 2 semanas después a través de los cuestionarios ATSPPH-SF,SSRPH. HSDI y MHSIS. En las últimas dos semanas se utilizó el Cuestionario PHQ-2 para detectar síntomas de depresión. Finalmente el grupo de intervención proporcionaron comentarios sobre la intervención en sí.	La intervención mejoró de manera significativa las actitudes, las creencias de control percibido y la intención de buscar y recibir tratamiento (p= 0,041, p=0,007 y p=0,003, respectivamente) en comparación con el grupo de control. Las normas subjetivas no cambiaron de manera significativa en el grupo que recibió la intervención. La actitud se vio significativamente influenciada según la dosis de intervención recibida (p=0,029). La exposición a la intervención junto con un estado deprimido aumentó las intenciones de buscar tratamiento.

E: Grupo experimental , C: Grupo de control , BAI: Beck Anxiety Inventory , EPDS: Edinburgh Postpartum Depression Scale , MSPSS: Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, KID-SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses ,CDRS-R: Children’s Depression Rating Scale, Revised, ATSPPH-SF: Attitude Towards Seeking Psychological Help, SSRPH: Stigma Scale for Receiving Psychological Help,, HSDI:Health Self Determination Index, MHSIS: Mental Health Seeking Intention Scale, PHQ-2: Patient Health Questionnaire, TPB: theory of planned behavior

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta revisión muestran que las intervenciones de apoyo social^{19,20} y las intervenciones basadas en la teoría de la conducta planificada resultaron efectivas a la hora de prevenir la depresión posparto en este grupo de la población. Sin embargo, las intervenciones centradas en la terapia interpersonal no han demostrado diferencias significativas en comparación con las demás intervenciones incluidas en esta revisión.

Los dos estudios centrados en intervenciones de apoyo social^{19,20}, elaboran programas de psicoeducación en los que abordan apoyo a la madre adolescente a nivel informativo, social, emocional, instrumental y mostrando admiración hacia ella, lo que ayudará a la madre a ganar y generar más confianza en sí misma. Además ambos estudios incluyen la participación de familiares, cónyuges o amigos/as cercanos como fuente principal de apoyo, considerando que estos tienen un papel imprescindible en este tipo de intervenciones, por lo que la cercanía y el apoyo por parte de su entorno es primordial en la prevención de la depresión posparto. Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios^{22,23}, que han demostrado que contar con el apoyo de otros miembros de la familia, especialmente de la pareja de la mujer, resulta de gran ayuda para las madres, donde por el contrario, la falta de apoyo por parte del marido, resulta un factor de riesgo para desarrollar depresión posparto²³.

Una de las principales causas de depresión en madres adolescentes es el desconocimiento y la falta de seguridad . en sí mismas a la hora de cuidar y criar a su bebé. Un estudio realizado en madres adolescentes de un condado de Kenia²⁴, en el que estas recibieron una intervención basada en una plataforma interactiva de mensajes de texto y grupos de apoyo psicosocial, muestra una mejora de los conocimientos de las adolescentes acerca del cuidado y desarrollo del bebé. Se trata de un hallazgo muy interesante ya que principalmente los programas de psicoeducación basados en apoyo psicosocial requieren interacción física (tal y como se explica en los hallazgos de nuestra revisión) y sin embargo, en este estudio se sugiere que no siempre esto tiene que ser así. Por último, cabe destacar la aplicación de una intervención de apoyo a madres primíparas a través de internet y que fue desarrollada durante la reciente pandemia COVID-19²⁵. Al ser evaluada, esta mostró una gran eficacia, aliviando la sintomatología de la depresión posparto y aumentando significativamente los niveles de autoeficacia materna. Teniendo en cuenta que los dispositivos móviles son accesibles para gran parte de la población, este tipo de intervenciones también podrían ser de gran ayuda brindándole más conocimientos *a priori* y de esta manera, prevenir que se produzca esa posible depresión en la madre.

Como fue mencionado, existe una revisión sistemática previa en la temática. A diferencia de la misma, en el presente trabajo se identifica la efectividad de intervenciones de apoyo psicosocial y de intervenciones basadas en la Teoría de la Conducta Planificada, no evaluadas previamente en la revisión de Sansawang¹³.

Las intervenciones de apoyo social^{18,19} y la intervención basada en la Teoría de la Conducta Planificada²¹ de este estudio pueden tener similitudes con las intervenciones de visitas domiciliarias y con los programas educativos prenatales y postnatales de la revisión sistemática de Sangsawang y col.¹³. Todas ellas incluyen programas de psicoeducación referentes a la etapa posparto, lo cual ayuda a la madre a ganar confianza y seguridad en sí misma a la hora de afrontar esta nueva situación. Sin embargo, las intervenciones de visitas domiciliarias de la revisión de Sangsawang y col.¹³ fueron realizadas en minorías étnicas (adolescentes embarazadas indígenas americanas) y tal y como explica el autor de la revisión, estas intervenciones pueden no ser extrapolables a nuestro contexto. También debe considerarse el elevado número de horas y la alta inversión que se necesita para llevarlas a cabo, ya que se realizan de manera domiciliar e individual, siendo más difícil su promoción en países de bajos ingresos. La intervención basada en la Teoría de la Conducta Planificada²¹ y las intervenciones de apoyo social propuestas en este estudio^{19,20}, así como el programa educativo prenatal y postnatal de Ickovics y col., publicado en la revisión de Sangsawang y col.¹³, pueden ser una alternativa a estas situaciones, ya que son intervenciones que se realizan en hospitales/clínicas de manera grupal entre todas las adolescentes embarazadas^{13,19,21} o a través de un sitio web de Internet²¹ refiriendo la misma efectividad y pudiendo resultar más convenientes a nivel económico, especialmente en los países de bajos ingresos.

Otro de los estudios a destacar que fue incluido en la revisión sistemática de 2018¹³, es el estudio de Ginsburg y col. Este está basado en la terapia psicoeducativa y cognitivo conductual. Según los resultados de este estudio, esta intervención psicológica también ha mostrado ayudar a disminuir la sintomatología depresiva y el trastorno depresivo mayor. En cuanto a los entrenamientos de masaje infantil, el estudio de Oswalt y col.¹³ ha demostrado que este tipo de intervención puede disminuir la sintomatología depresiva, mejorar el contacto físico materno-infantil y generar impresiones positivas en las madres ante el temperamento infantil.

Phipps y col. han realizado varios estudios acerca de una intervención basada en la terapia interpersonal grupal: el Programa REACH. En 2013, se publica un estudio piloto¹³, realizado en 106 adolescentes embarazadas, cuyo resultado refiere una menor incidencia de depresión en el

grupo experimental. A partir de esa prueba piloto, el estudio fue realizado en el año 2020¹⁸, en un grupo formado por un número mayor de adolescentes embarazadas (250 participantes), para así evaluar la efectividad de esta intervención a los 12 meses posparto. Curiosamente los resultados en el año 2020 no demostraron beneficios de la intervención entre el grupo experimental y el grupo de control. Esta diferencia de resultados puede ser debida al avance tecnológico presentado a lo largo de estos años, al existir un mayor número de recursos disponibles en la comunidad en año 2020 frente a 2013. Además, la tasa de episodios depresivos mayores en la comunidad donde se realizó el estudio fue mucho más baja en ambos grupos, respecto a las tasas nacionales, lo cual también podría contribuir al resultado del estudio. Sus autores valoran una probabilidad más alta de efectividad del programa REACH en áreas con menos recursos comunitarios para prevenir la depresión posparto en este grupo de la población.

En el año 2005 fue publicado un estudio de Logsdon y col.¹³ que evalúa una intervención de apoyo social entregada en forma de folleto, vídeo o ambos, cuyo resultado no logró diferencias significativas en la sintomatología depresiva a las 6 semanas posparto. En cambio, en el año 2017, el mismo autor publica un estudio que enfoca una nueva intervención basada en la Teoría de la Conducta Planificada²¹ y que es impartida también, a través de recursos que estarían disponible en una página web de Internet. En comparación con la anterior, esta intervención aumentó de manera significativa las intenciones de buscar tratamiento en las madres con estado deprimido en el grupo experimental así como, mejoró su actitud y sus creencias acerca del control percibido. Los autores justifican que en el estudio de 2017, usaron por primera vez el PHQ-2 para la detección de la depresión en comparación con sus estudios previos, en los que utilizaban las escalas CES-D y/o EPDS. Se argumenta que esta diferencia en los instrumentos pudo haber influido. Como se mencionó anteriormente, la implementación de intervenciones online puede también explicar las diferencias en los resultados obtenidos en los diferentes estudios.

De los estudios incluidos en esta revisión, se extrae que no existe evidencia clara de cuál sería el momento más adecuado para iniciar la intervención. De la misma manera, la revisión publicada por Sansawang en 2018¹³, tampoco ha encontrado respuesta a esta pregunta. Entre las intervenciones más efectivas en ambas revisiones, 4 fueron realizadas de manera prenatal^{13,19}, 2 de manera posparto^{20,21} y 3 comenzaron antes del nacimiento del bebé y terminaron durante el puerperio¹³. Cabe recordar que un programa de intervención temprana no asegura la efectividad de la misma¹³.

Asimismo, importantes organismos internacionales, tales como el Colegio Americano de

Obstetras y Ginecólogos (ACOG)²⁶ y el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido²⁷ recomiendan la realización de un cribado y promueven una detección precoz de la depresión posparto. Sin embargo, según estos, no existe tampoco evidencia clara de cuál sería el momento específico para realizar estos cribados de detección de depresión posparto.

Los profesionales encargados de impartir las intervenciones que han demostrado eficacia en todos estos estudios han sido mayoritariamente paraprofesionales capacitados^{13,18}, seguido de profesionales sanitarios (partera, matronas y obstetras)^{13,20}. No obstante, algunos estudios que muestran una buena eficacia en sus intervenciones han sido impartidos por los propios investigadores^{19,21}, sin determinar la formación específica de estos. Por lo tanto, según este estudio no existe una evidencia clara en la elección del proveedor más eficaz para proporcionar estas intervenciones. Sin embargo, cabe destacar una revisión sistemática publicada recientemente en el año 2021²⁸ que muestra una disminución significativa en la sintomatología depresiva posparto en las intervenciones psicológicas impartidas por matronas y parteras. Esta revisión expone que a pesar de no ser profesionales de salud mental, son las proveedoras de atención primaria que más contacto tienen con las mujeres durante el periodo perinatal, en comparación con otros profesionales de salud y propone que recibiendo una formación adecuada en el enfoque psicológico, el rol de las matronas y parteras es muy importante para proporcionar intervenciones psicológicas de calidad durante este periodo, ayudando a promover la salud mental de las mujeres durante el embarazo y en el puerperio. En el año 2010, la Revista Americana de Enfermería Materno-Infantil publica los resultados de una encuesta realizada a las enfermeras en la que se valora su opinión acerca de si deben brindar ellas como profesionales sanitarias, asesoramiento a las madres con depresión posparto, así como promover su detección²⁹. La gran mayoría de las enfermeras "estuvo totalmente de acuerdo" o "de acuerdo" con ambas ideas. En nuestro país, un caso clínico publicado en la Revista científico-sanitaria SANUM expone la importancia del papel de la matrona en el abordaje de la depresión posparto, apoyando la información aportada anteriormente y considerando el vínculo afectivo creado entre ambas mujeres a la hora de detectar ciertas alteraciones psicológicas o sintomatología depresiva en ella³⁰.

Este estudio presenta como fortalezas haberse realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos. También, el haber realizado una revisión sistemática. Se ha evaluado la calidad y riesgo de sesgo de los estudios a partir de escalas validadas, lo cual le confiere rigurosidad metodológica a esta revisión. Se destaca también el resultado obtenido en la evaluación de la

calidad, aportando que se han incluido estudios con bajo riesgo de sesgo.

Por otra parte, esta revisión presenta una serie de limitaciones. Es importante tener en cuenta que los estudios provienen de países diversos lo cual implica la presencia de heterogeneidad. Aunque, se destaca que los mismos fueron la mayoría en países occidentales. También, mencionar que la evaluación de los resultados inherentes a cada estudio fue realizada con diversas escalas de medición, aunque no se cree que esto afectara las conclusiones finales en cuanto a evaluar la efectividad de las intervenciones.

Esta revisión expone la efectividad de una serie de intervenciones para prevenir la depresión posparto en las madres adolescentes y refleja la necesidad de nuevas investigaciones que exploren el papel esencial que la enfermería puede jugar, especialmente el papel de la matrona, en la salud mental de la madre, como proveedoras de estas intervenciones para prevenir la depresión posparto y promover así una detección y un tratamiento precoz.

CONCLUSIÓN

Una buena atención a la salud reproductiva de la mujer también incluye el cuidado de la salud mental de esta durante todas las etapas de su vida, siendo la depresión posparto un importante problema de salud en la actualidad. Los resultados de los estudios muestran que las intervenciones más eficaces en la prevención de la depresión posparto son las intervenciones de apoyo social y las intervenciones basadas en la Teoría de la Conducta Planificada. Sin embargo no existe evidencia clara sobre cuál sería el mejor momento para iniciar la intervención.

En este estudio, no existe evidencia clara en la elección del proveedor más eficaz para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Sin embargo, es importante impulsar el papel que puede jugar la matrona en la prevención de la depresión posparto, sobre todo en un grupo tan vulnerable de la población, como pueden ser las madres adolescentes. Las matronas son las profesionales de la salud que estarán acompañando de la manera más cercana posible a la mujer durante toda su salud sexual y reproductiva, incluido el embarazo y el puerperio y es por ello que se debe promover la investigación de nuevas intervenciones de prevención de depresión posparto en las que las matronas sean las encargadas de llevarlas a cabo, para así poder detectar de manera más temprana su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Postpartum depression [Internet]. American Psychological Association. 2022. [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>
2. Nuevas propuestas de prevención frente a la depresión posparto: educación sobre el llanto infantil [Internet]. Sociedad Marcé Española. 2014 [citado 16 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/14473/ESP/nuevas-propuestas-%20prevencion-frente-depresion-posparto-educacion-sobre-llanto-infantil.htm>
3. Maternal mental health [Internet]. Who.int. [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
4. Wang Z, Liu J, Shuai H, Cai Z, Fu X, Liu Y, et al. Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Transl Psychiatry*. 2021;11(1):543.
5. Lupattelli A, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Moretti ME, Drozd M, Panchaud A, et al. Self-reported perinatal depressive symptoms and postnatal symptom severity after treatment with antidepressants in pregnancy: a cross-sectional study across 12 European countries using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Clin Epidemiol*. 2018;10:655–69.
6. Edición Q. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales [Internet]. Psychiatryonline.org. [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
7. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet]. Who.int. [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es>
8. Depresión perinatal [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
9. Marín-Morales D, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C. Personality, depressive symptoms during pregnancy and their influence on postnatal depression in Spanish pregnant Spanish women. [Personalidad, síntomas depresivos en el embarazo y su influencia en la depresión posparto en gestantes españolas]. *An Psicol*. 2014;30(3).
10. Saharoy R, Potdukhe A, Wanjari M, Taksande AB. Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. *Cureus*. 2023; 15(7).
11. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Goodyer I, Cooper P. Maternal Postnatal Depression and the Development of Depression in Offspring Up to 16 Years of Age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(5):460-700.
12. Rodríguez-Muñoz MF, Motrico E, Miguez C, Chaves C, Suso-Ribera C, Duque A, et al. Perinatal depression in the Spanish context: Consensus report from the general council of psychology of Spain. *Clin Salud*. 2023;34(2):51–63.
13. Sangsawang B, Wacharasin C, Sangsawang N. Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22(2):215–28.
14. Olhaberry M, Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas C, Rojas G, et al. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Ter Psicol*. 2013;31(2):249–61.
15. Kleiber BV, Dimidjian S. Postpartum depression among adolescent mothers: A comprehensive review of prevalence, course, correlates, consequences, and interventions. *Clin Psychol (New York)*. 2014;21(1):48–66.
16. Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: A review of assessment and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010;23(3):172–8.

17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021;74(9):790–9.
18. Phipps MG, Ware CF, Stout RL, Raker CA, Zlotnick C. Reducing the risk for postpartum depression in adolescent mothers: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2020; 136(3):613–21.
19. Ediz Ç, Budak FK. Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. *Rural and Remote Health*. 2023; 23.
20. Sangsawang B, Deoisres W, Hengudomsu P, Sangsawang N. Effectiveness of psychosocial support provided by midwives and family on preventing postpartum depression among first-time adolescent mothers at 3-month follow-up: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2022;31(5–6):689–702.
21. Cynthia Logsdon M, Myers J, Rushton J, Gregg JL, Josephson AM, Davis DW, et al. Efficacy of an Internet-based depression intervention to improve rates of treatment in adolescent mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(3):273–85.
22. Battle CL, Cardemil EV, Rossi R, O'Hara MW, Miller IW. Family treatment for postpartum depression: acceptability, feasibility, and preliminary clinical outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 2023;26(1):127–34.
23. Xie R-H, Yang J, Liao S, Xie H, Walker M, Wen SW. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2010;50(4):340–5.
24. Mwenda V, Makena I, Ogwen V, Obonyo J, Were V. The effectiveness of interactive text messaging and structured psychosocial support groups on developmental milestones of children from adolescent pregnancies in Kenya: Quasi-experimental study. *JMIR Pediatr Parent*. 2023;6.
25. Zhang Y, Zhu J, Li S, Huang L, Fang Q, Zheng X. The effectiveness of an internet-based support program on maternal self-efficacy, postpartum depression and social support for primiparous women during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled trial. *Front Public Health*. 2023;11.
26. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum [Internet]. *Acog.org*. [citado el 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/screening-and-diagnosis-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>
27. Overview | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE. [citado el 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
28. Wang T-H, Pai L-W, Tzeng Y-L, Yeh T-P, Teng Y-K. Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Open*. 2021;8(5):2117–30.
29. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Nursing care for postpartum depression, part 1: Do nurses think they should offer both screening and counseling? *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010; 35(4):220–5
30. Domínguez M. Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso. *SANUM*. 2021; 5 (4).

ANEXOS

Anexo 1. Principales características y resultados de los estudios incluidos en la revisión de Sangsawang y col.¹³

	<u>AUTOR(ES)/AÑO DE PUBLICACIÓN/P AÍS</u>	<u>AÑO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO</u>	<u>TAMAÑO MUESTRAL</u>	<u>CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA</u>	<u>ÁMBITO DE ESTUDIO</u>	<u>INTERVENCIÓN</u>	<u>PROVEEDOR DE INTERVENCIÓN</u>	<u>CONTROL</u>	<u>EVALUACIÓN DE RESULTADOS</u>	<u>HALLAZGOS</u>	
<u>INTERVENCIÓNES PSICOSOCIALES</u>	VISITAS DOMICILIARIAS	Barnet et al. 2002 USA	1996-1999	E: 77 C: 70	Adolescentes embarazadas con 28 semanas de gestación o menos. Edad: entre 12 y 18 años 98% afroamericanos	Domicilio	Programa de visitas domiciliarias cada semana durante 1 año, con sesiones de 1 hora y media. En las sesiones, la intervención se centra en el desarrollo y crianza del bebé, así como en su salud y educación.	Visitador domiciliario Capacitado (voluntario)	No visitas domiciliarias	Se evalúa la presencia de sintomatología depresiva al inicio (previamente a la intervención), y 6 semanas posparto, a través de CES-D	El grupo que recibió la intervención muestra mejor comportamiento parental en la crianza. No existieron diferencias significativas en la salud mental de ambos grupos.
		Barnet et al. 2007 USA	2001-2003	E:44 C:40	Adolescentes embarazadas con 24 semanas de gestación o más Edad: entre 12 y 18 años 91% afroamericanas, 9% no especificado	Domicilio	Programa de visitas domiciliarias: -2 veces por semana durante el 1º año -1 vez al mes durante el 2º año El grupo de intervención recibió un plan de estudios para padres, conectando a la madre con la atención primaria y con recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos y con la promoción de la continuación en sus estudios	Visitador domiciliario capacitado de la comunidad local	Práctica rutinaria	Se evalúan los resultados a través de entrevistas estructurales al inicio (previo a la intervención) y en el 1º y 2º año de seguimiento, usando AAPI y CES-D para evaluar las actitudes parentales y prácticas de crianza, y la depresión, respectivamente La probabilidad de embarazos repetidos y la continuación de los estudios, fue evaluado mediante autoinforme	Las actitudes parentales y la continuación de los estudios sí que mejoró en el grupo que recibió la intervención. Por el contrario, no existe eficacia significativa de la intervención en la probabilidad de repetición de embarazo, ni la depresión, ni en la vinculación a la atención primaria.
		Barlow et al. 2006 USA	2001-2002	E: 28 C: 25	Adolescentes embarazadas (indígenas americanas) con 28 semanas de	Domicilio	Programa de 25 visitas domiciliarias(duración entre 1 hora - 1 hora y	Paraprofesional	Programa de 23 visitas domiciliarias que	Se evalúa la presencia de sintomatología depresiva al inicio	Existió una reducción significativa de la sintomatología depresiva a los 2

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	VISITAS DOMICILIARIAS				gestación o menos Edad: entre 12 y 19 años		media cada visita que incluye 41 lecciones sobre atención prenatal, preparación para el parto, lactancia materna, nutrición, paternidad, seguridad de los bebés en el hogar, vacunas, crianza de los hijos, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual y establecimiento de logros maternos de desarrollo personal y familiar		incluyen 20 lecciones sobre lactancia materna	(previamente a la intervención), y a los 2 y 6 meses postparto, a través de CES-D	y 6 meses postparto en el grupo que recibió la intervención
		Barlow et al., 2013 USA	2006-2011	E:159 C:163	Adolescentes embarazadas (indígenas americanas) con 32 semanas de gestación o menos Edad: entre 12 y 19 años	Domicilio	Programa de visitas domiciliarias (menos de 1 hora de duración) basado en la intervención Family Spirit, que incluye 43 lecciones estructuradas (3 dominios: habilidades parentales en la primera infancia; prevención materna del abuso de drogas; y habilidades maternas para la vida y desarrollo psicosocial positivo.) . La frecuencia de estas visitas domiciliarias es: -1 vez por semana hasta el final del embarazo -2 veces por semana hasta los 4 meses postparto -1 vez al mes desde los 4 hasta	Paraprofesional nativo	Atención estándar optimizada centrada en transporte a las visitas clínicas prenatales y de bienestar infantil recomendadas, suministro de folletos sobre cuidado infantil y recursos comunitarios, y derivaciones a servicios locales cuando fuera necesario.	Se evalúan las funciones conductuales y emocionales de la madre y el bebé al inicio (previamente a la intervención), y a los 2, 6 y 12 meses postparto, a través de autoinformes, entrevistas, CES-D y medidas observacionales	A los 12 meses, los resultados muestran que el grupo de intervención tiene mayores conocimientos y autoeficacia en la crianza, así como mayores actitudes de seguridad en el hogar en comparación con el grupo de control. A los 2, 6 y 12 meses postparto no existieron diferencias significativas en la sintomatología depresiva entre ambos grupos.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	VISITAS DOMICILIARIAS	Barlow et al. 2015 USA	2006-2011	E:159 C:163	Adolescentes embarazadas (indígenas americanas) con 32 semanas de gestación o menos Edad: entre 12 y 19 años	Domicilio	los 12 meses postparto. -2 veces al mes entre los 12 y 36 meses postparto.	Paraprofesional nativo	Atención estándar optimizada centrada en transporte a las visitas clínicas prenatales y de bienestar infantil recomendadas, suministro de folletos sobre cuidados infantiles y recursos comunitarios, y derivaciones a servicios locales cuando fuera necesario.	Se evalúan las funciones conductuales y emocionales de la madre y el bebé a los 36 meses postparto, a través de autoinformes, entrevistas, CES-D y medidas observacionales	Del embarazo a los 36 meses postparto, la intervención grupo muestra diferencia significativa entre ambos grupos, teniendo el grupo de intervención mejor conocimiento de la crianza y locus de control de los padres, menores síntomas depresivos y problemas de externalización, y menor consumo de marihuana y drogas ilegales.
		Programa de visitas domiciliarias (menos de 1 hora de duración) basado en la intervención Family Spirit, que incluye 43 lecciones estructuradas (3 dominios: habilidades parentales en la primera infancia; prevención materna del abuso de drogas; y habilidades maternas para la vida y desarrollo psicosocial positivo.) . La frecuencia de estas visitas domiciliarias es: -1 vez por semana hasta el final del embarazo -2 veces por semana hasta los 4 meses postparto -1 vez al mes desde los 4 hasta los 12 meses postparto. -2 veces al mes entre los 12 y 36 meses postparto									
	PROGRAMAS EDUCATIVOS PRENATALES Y POSTNATALES	Walkup et al. 2009 USA	2002-2004	E:81 C:86	Adolescentes embarazadas (indígenas americanas) con 28 semanas de gestación o menos Edad: entre 12 y 22 años	Domicilio	Programa educativo prenatal y posnatal basado en 25 visitas domiciliarias de 1 hora de duración/sesión (desde las 28 semanas de gestación hasta los 6 meses postparto) centradas en la intervención	Paraprofesional (indígena americano) Capacitado	23 Visitas domiciliarias (1 hora de duración/sesión) basado en un programa educativo sobre lactancia materna y	Las madres y los niños fueron evaluados al inicio del estudio y a los 2, 6 y 12 meses postparto. Se evaluaron el conocimiento y participación de las madres, el comportamiento social y	A los 6 y 12 meses después del parto, el grupo de intervención tenía más conocimientos sobre crianza que el grupo de control. No hubo diferencias significativas en los síntomas

<u>INTERVENCIONES PSICOSOCIALES</u>	PROGRAMAS EDUCATIVOS PRENATALES Y POSTNATALES						"Family Spirit", que incluye atención prenatal y del lactante, crianza de los hijos, planificación familiar, prevención del abuso de sustancias y habilidades para resolver problemas y afrontar situaciones.		nutrición	emocional de los bebés, el ambiente hogareño y el estrés, el apoyo social, la depresión y el uso de sustancias de las madres, a través de autoinformes y métodos observacionales	depresivos, el estrés materno, el apoyo social y el consumo de sustancias entre los dos grupos a los 6 y 12 meses posparto.
		Ickovics et al. 2011 USA	2001-2004	1047 participantes	Adolescentes embarazadas con menos de 24 semanas de gestación Edad: entre 14 y 25 años 80% afroamericanos, 13% hispanos, 6% blancos	Clínicas prenatales de hospitales públicos afiliados a universidades de New Haven y Atlanta.	Programa educativo prenatal y posnatal basado en dos intervenciones: "Centering Pregnant Plus" (CP+) y "Centering Pregnancy" (CP). Las 10 sesiones de CP+1 (2 horas/sesión) incluyeron información sobre actividades de autocuidado, atención prenatal y posparto, preparación para el parto, prevención del VIH, salud mental y funcionamiento psicosocial, dentro de un modelo de atención prenatal grupal formado por 8-12 mujeres. Las sesiones de CP incluyeron los mismos componentes que las sesiones de CP+, excepto la prevención del VIH, riesgo sexual, o componentes psicosociales, que	Proveedor de atención médica capacitado (parteras, obstetras...)	Atención individualizada estándar con el mismo horario y el mismo número de veces que CP y CP+ (10-15 minutos/sección).	Los síntomas depresivos se evaluaron al inicio del estudio, en el tercer trimestre del embarazo y a los 6 y 12 meses del posparto mediante el uso de CES-D.	A los 12 meses posparto, el grupo de madres que recibió la intervención CP+ presenta una disminución significativa de los síntomas depresivos respecto al grupo de control.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA	Koniak-Griffin et al. 2000 USA	No se menciona	E:62 C:59	Adolescentes embarazadas con 26 semanas o menos de gestación Edad entre 14 y 19 años 64% hispanas, 11% afroamericanas, 19% blancas no hispanas	Domicilio	Programa de intervención temprana , que incluye 17 visitas domiciliarias (en la primera, cuarta y sexta semana posparto), y en intervalos mensuales entre los 2 y 12 meses posparto)., además de 4 clases de preparación para padres, (durante el tercer trimestre de su embarazo).	Enfermera de la salud pública	Aplicación de los cuidados de enfermería tradicionales de salud pública, que consta de 2 a 3 visitas domiciliarias y que está centrado en la evaluación y asesoramiento relacionados con la atención de salud prenatal, el autocuidado, la preparación para el parto, los planes educativos futuros y el cuidado del bebé sano.	Los síntomas depresivos se evaluaron al inicio y a las 6 semanas posparto mediante el uso de CES-D.	No existen diferencias significativas entre ambos grupos en el efecto en la medición de la competencia social interna, que incluye la autoestima, el sentido de dominio, la percepción del estrés y la depresión posparto.
		Logsdon et al. 2005 USA	No se menciona	128 participantes	Adolescentes embarazadas con 32 -36 semanas de gestación Edad: entre 13 y 18 años 56% afroamericanas, 38 % americanas blancos	No se menciona	Intervención única de apoyo social prenatal entregada mediante folleto, video o video más folleto.	Primer autor (investigador)	No se menciona	Los síntomas depresivos se evaluaron a una vez a las 32-36 semanas de gestación y una vez a las 6 semanas posparto mediante el uso de CES-D.	No existen diferencias significativas en los síntomas depresivos entre ambos grupos, tras las 6 semanas postparto.
		Koniak-Griffin et al. 2002 USA	No se menciona	E:55 C:47	Adolescentes embarazadas con 26 semanas o menos de gestación Edad entre 14 y 19 años 64% hispanas, 11%	Domicilio	Programa de intervención temprana , que incluye 17 visitas domiciliarias, prenatales y postnatales (desde	Enfermera de la salud pública	Aplicación de los cuidados de enfermería tradicionales de salud	Los síntomas depresivos se evaluaron al inicio y a las 6 semanas y a los 6 y 12 meses posparto	No existen diferencias significativas entre ambos grupos en la sintomatología depresiva desde el

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA				afroamericanas, 19% blancas no hispanas		el embarazo hasta los 12 meses posparto – 1 hora y media a 2 horas de duración/ sesión) además de 4 clases de preparación para padres		pública, que consta de 2 a 3 visitas domiciliarias y que está centrado en la evaluación y asesoramiento relacionados con la atención de salud prenatal, el autocuidado, la preparación para el parto, los planes educativos futuros y el cuidado del bebé sano.	mediante el uso de CES-D.	embarazo hasta los 12 meses posparto. Sin embargo, partir de los 12 meses posparto, sí existió una disminución significativa en las puntuaciones de CES-D
	ENTRENAMIENTO DE MASAJE INFANTIL	Oswalt et al. 2009 USA	No se menciona	E: 9 C: 16	Adolescentes embarazadas Edad entre 14 y 18 años 100% indígenas americanas	Escuelas del Programa “Madres Jóvenes”	Una sesión de entrenamiento de masaje infantil (30 minutos de duración)	No se menciona	No se menciona	Se evalúa el contacto físico materno-infantil (Cuestionario sobre Contacto Físico creado por Sandra Weiss), la sintomatología depresiva (BDI-II), el grado de confianza en el rol parental (MCQ) y las percepciones de las madres sobre el temperamento infantil (PSI)	El masaje infantil de entrenamiento para madres adolescentes puede mejorar el contacto físico materno-infantil, reducir los síntomas depresivos y mejorar las percepciones positivas de las madres sobre el temperamento infantil.
		Ginsburg et al. 2012 USA	No se menciona	E:22 C:25	Adolescentes embarazadas con 28 semanas de gestación o menos Edad entre 15 y 19	Domicilio u oficina privada del investigador.	La intervención “Living in Harmony” (LIH) está basada en la terapia	Paraprofesional (indígenaamericano) Capacitado	Apoyo educativo perinatal durante 8 semanas,	Antes del parto y a las 4,12 y 24 semanas postparto, se evalúa la	A las 4, 12 y 24 semanas tras la intervención, la sintomatología depresiva y el

<u>INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</u>	TERAPIA PSICOEDUCATIVA Y COGNITIVO CONDUCTUAL				años CES-D > 6 al inicio 100% afroamericanas	.	psicoeducativa y cognitivo conductual y se centran en la identificación y el cambio de condiciones de depresión y conductas. Está formada por 8 sesiones semanales (30-60 minutos/sesión) desde las 29 semanas de gestación hasta los 6 meses postparto. Además incluyó 3 sesiones de refuerzo mensuales.		30-60 min. Se centró en la comprensión del sistema reproductivo, las etapas del embarazo, la nutrición y el aumento de peso, la comprensión de la diabetes gestacional, la preparación para el parto, la vacunación, las enfermedades prioritarias de los indígenas americanos y las enfermedades de transmisión sexual. Además incluyó 3 sesiones de refuerzo mensuales	sintomatología depresiva, los cambios en las madres, el funcionamiento global y el apoyo social. a través de CES-D, EPDS, DISC, SSI, CGAS	trastorno depresivo mayor se redujeron de manera similar en ambos grupos, los cuales también mostraron una mejora similar en el funcionamiento global. Sin embargo, no se encontraron diferencias en el apoyo social entre ambos grupos.
	TERAPIA INTERPERSONAL GRUPAL	Phipps et al. 2013 USA	2007-2008	E: 54 C:52	Adolescentes embarazadas con 25 semanas de gestación o menos Edad: ≤ 17 años 53% Hispánicas, 17% Negras no Hispánicas y 16% Blancas no Hispánicas	Hospital	El programa REACH, basado en la terapia interpersonal grupal, se centró en habilidades de comunicación para gestionar relaciones y conflictos, expectativas sobre la maternidad, manejo del estrés, diferencia entre "Baby blues" y	Paraprofesional nativo	La intervención en el grupo de control no tenía contenido superpuesto con el plan de estudios del Proyecto REACH y en el se	La sintomatología depresiva fue evaluada a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses postparto (KID-SCID).	A los 6 meses postparto existió una menor incidencia de depresión en el grupo que recibió la intervención (12,5%) en comparación con el grupo de control (25%).

<p style="text-align: center;"><u>INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS</u></p>						<p>depresión, desarrollo del sistema de apoyo, desarrollo de relaciones saludables, establecimiento de objetivos y recursos psicosociales para nuevas madres. Está formado por 5 sesiones prenatales impartidas semanalmente (30-60 minutos /sesión) y 1 sesión de refuerzo individual posparto durante la hospitalización)</p>		<p>incluye información sobre la salud materna durante el embarazo y el período posparto, desarrollo fetal, nutrición, preparación para el parto y preparación del hogar para recibir un bebé. Está formado por 5 sesiones prenatales impartidas semanalmente (30-60 minutos /sesión) y 1 sesión de refuerzo individual posparto durante la hospitalización</p>		
<p>CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale, AAPI: Adult-Adolescent Parenting Inventory, BDI-II: Beck Depression Inventory II, MCQ: Maternal Confidence Questionnaire, PSI: Parentig Stress Index, EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale , DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children-Computer Version, SSI: Social Support Index, CGAS: Center for Epidemiological Studies-Depression scale, KID-SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Childhood Diagnoses</p>										