



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2024-2025

Trabajo Fin de Máster

Impacto de la atención durante el parto y postparto en la prevención de la depresión postparto

Autora: Katina Ilieva Kovacheva

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.JAPR.KIK.231218

Convocatoria: Enero 2024

Resumen

Durante el periodo perinatal, las mujeres enfrentan un mayor riesgo de problemas de salud mental, especialmente en situaciones de estrés extremo, conflictos o emergencias. Se ha sugerido que la calidad de la atención durante el parto y postparto puede influir significativamente en el bienestar perinatal. Con el objetivo de encontrar qué variables relacionadas con la atención al parto y el postparto están asociadas con los síntomas depresivos, se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 1,954 mujeres madres de bebe menores de 6 meses. Para ello, se utilizó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo para evaluar la sintomatología depresiva y la versión española de la encuesta Coronavirus Perinatal Experiences - Impact Survey para evaluar la experiencia de la atención sanitaria. Los resultados obtenidos indican que el cambio en la planificación del parto de vaginal a inducción o cesárea, la falta de acceso a apoyo para la lactancia o ayuda postnatal después del alta hospitalaria, la incapacidad de obtener el anticonceptivo deseado y la falta de oportunidad para hablar de los problemas relacionados con el estado de ánimo son factores predictivos de la depresión postparto. Estos datos resaltan la importancia del apoyo profesional y subrayan puntos cruciales para intervenciones preventivas. Tratando así de orientar las estrategias y protocolos en relación con la salud perinatal, especialmente en contextos de emergencia. Destacando para ello la necesidad de intervenciones que fortalezcan la autonomía y confianza de las madres durante este periodo crucial.

Palabras clave: parto, postparto, depresión postparto, atención sanitaria;

Summary

During the perinatal period, women face an increased risk of mental health problems, especially in situations of extreme stress, conflict or emergencies. It has been suggested that the quality of care during childbirth and postpartum may significantly influence perinatal well-being. In order to find which variables related to childbirth and postpartum care are associated with depressive symptoms, a cross-sectional study was carried out in a sample of 1,954 women mothers of babies under 6 months of age. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was used to assess depressive symptomatology and the Spanish version of the Coronavirus Perinatal Experiences - Impact Survey was used to assess the experience of health care. The results obtained indicate that change in birth planning from vaginal to induction or cesarean section, lack of access to breastfeeding support or postnatal help after hospital discharge, inability to obtain desired contraception, and lack of opportunity to discuss mood-related problems are predictors of postpartum depression. These data highlight the importance of professional support and underscore crucial points for preventive interventions. The aim is to guide strategies and protocols in relation to perinatal health, especially in emergency contexts. Emphasizing the need for interventions that strengthen the autonomy and confidence of mothers during this crucial period.

Keywords: childbirth, postpartum, postpartum depression, health care;

1. Introducción

El embarazo y el parto representan momentos críticos en la vida de las mujeres, marcados por cambios psicológicos y físicos notables que las preparan para los desafíos de la maternidad (Hoekzema et al., 2020). Aunque dar a luz es un acontecimiento significativo y potencialmente alegre, para muchas mujeres también puede ser la transición más estresante. En este sentido, la llegada de un bebé puede desencadenar sentimientos de tristeza difíciles de gestionar (Rodríguez-Muñoz et al., 2023).

Se estima que alrededor de una de cada cinco mujeres experimenta un trastorno mental durante el embarazo y/o el año siguiente al parto (National Childbirth Trust, 2017), siendo la depresión la manifestación más común (Dagher et al., 2021). La vulnerabilidad a la depresión aumenta en este periodo debido a las numerosas transformaciones biológicas, hormonales, psicológicas, familiares y sociales asociadas al parto. La depresión postparto (DP) puede manifestarse hasta un año después del parto, según algunos estudios (Yu et al., 2021).

La depresión, caracterizada por un estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en las actividades diarias y otros síntomas adicionales (APA, 2022), es especialmente prevalente en el postparto. Los síntomas típicos incluyen tristeza persistente, llanto frecuente, problemas de sueño, dificultades de concentración y sentimientos de inutilidad o culpa relacionados con la maternidad o el bebé. El sentimiento de culpa es particularmente destacado en este periodo. Es importante resaltar los síntomas somáticos de la depresión, que a veces pueden confundirse con cambios normales del embarazo o postparto (Pereira et al., 2014). Las barreras al tratamiento, como la falta de tiempo, el estigma y el desconocimiento de la DP, pueden dificultar la búsqueda de soluciones por parte de las mujeres (Bina & Glasser, 2019; Grissette et al., 2018). Además, existen barreras institucionales, como la falta de recursos y formación inadecuada, que impiden el reconocimiento y

tratamiento adecuado por parte del sistema sanitario (Prevatt & Desmasaris, 2018), incluso en casos de intentos o ideaciones suicidas (Castelao et al., 2022).

La DP se asocia con consecuencias negativas para las mujeres, los bebés, la dinámica familiar y la sociedad en general (OMS, 2018; Slomian et al., 2019), lo que destaca la importancia de identificar y tratar esta condición como una prioridad de salud pública (Meaney, 2018).

Distintos estudios llevados a cabo en nuestro país revelan una elevada prevalencia de sintomatología depresiva en el periodo postparto, ubicándose aproximadamente entre el 26.7% (Besteiro et al., 2001) y el 30.3% (Vázquez & Míguez, 2022). En lo que respecta a la depresión mayor, la cifra varía desde el 7.7% a las 6 semanas después del parto (García-Esteve et al., 2014) hasta el 14.,8% al año postparto (Vázquez & Míguez, 2022). Un estudio longitudinal llevado a cabo a lo largo del primer año después del parto (Vázquez & Míguez, 2022) evaluó la depresión en tres momentos distintos: a los 2 meses, 6 meses y 1 año postparto. Los resultados indicaron que la prevalencia de sintomatología depresiva fue del 30.3%, 26.0% y 25.3%, respectivamente. En cuanto a la depresión mayor, se observó una prevalencia del 10.3%, 10.9% y 14.8%, respectivamente. A lo largo de este periodo, la prevalencia de sintomatología depresiva fue máxima a los 2 meses, seguida de una disminución aunque permaneciendo elevada, mientras que la depresión mayor alcanzó su punto máximo al año postparto, siguiendo una trayectoria ascendente. Es relevante señalar que tras la irrupción de la pandemia de COVID-19, estas cifras experimentaron un aumento significativo, llegando a una prevalencia del 47% (Motrico et al., 2022b). Estos hallazgos sugieren un impacto sustancial de la pandemia en la salud mental perinatal, manifestándose en un notable incremento en la sintomatología depresiva en mujeres durante el postparto.

En la actualidad, la DP no tiene una causa concreta identificada, ya que esta psicopatología presenta una etiología multifactorial que involucra factores biológicos y psicosociales (Malpartida, 2020). Entre los factores de riesgo, la literatura científica ha señalado la presencia de un

componente de vulnerabilidad genética y neuro-hormonal. Sin embargo, parece que los factores psicosociales desempeñan un papel preponderante en la explicación de este trastorno. En este contexto, la bibliografía destaca como factores de alto riesgo la historia de psicopatología previa, principalmente la ansiedad y la depresión durante el embarazo, así como la falta de apoyo social y la exposición a eventos vitales estresantes. Factores de riesgo moderado incluyen la insatisfacción con la pareja y problemas de autoestima. Por último, se mencionan la planificación del embarazo y el nivel económico como factores de riesgo, aunque de menor magnitud (Milgrom et al., 2008). Estos elementos configuran un panorama complejo en el que diversas influencias interactúan, contribuyendo al desarrollo de la DP.

En este sentido, es esencial destacar la relevancia de la atención sanitaria en el abordaje de la DP. La implementación de buenas prácticas durante el parto, como la reducción del dolor, el continuo apoyo por parte de la matrona, el inicio temprano de la lactancia materna y el contacto piel con piel entre la madre y el bebé, se consideran elementos imprescindibles para prevenir la aparición de la DP (Laviña, 2013; Martínez-Martínez y Damian-Ferman, 2014). Además, destacar también la importancia de los profesionales de la salud, especialmente enfermeras y matronas, como actores clave en la detección y prevención de este trastorno. Al seguir de cerca el embarazo y tener un conocimiento profundo de la mujer, estas profesionales son las más adecuadas para identificar signos tempranos de la DP. Además, el respaldo brindado por los profesionales sanitarios es percibido positivamente por las mujeres y se asocia con una menor incidencia de depresión (Kovacheva et al., 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce también la importancia del apoyo emocional y psicológico en el contexto de la atención materna sanitaria (OMS, 2018). Se sugiere que la atención durante el parto y el postparto puede influir en el bienestar perinatal, el respaldo continuo de matronas y otros profesionales de la salud emerge como un elemento fundamental

para sostener la salud mental de las mujeres (Suwalska et al., 2021), siendo considerado una necesidad esencial para el bienestar materno (Iravani et al., 2015). Sin embargo, los estudios realizados no especifican que elementos en concreto de este apoyo son los relacionados con el bienestar de la madre.

Como se ha mencionado anteriormente, durante el periodo perinatal, las mujeres enfrentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental (Hahn-Holbrook et al., 2018), riesgo que se incrementa en situaciones de estrés extremo, conflictos o emergencias (OMS, 2020), como la generada durante la pandemia por Coronavirus (COVID-19). En consecuencia, las medidas adoptadas para abordar situaciones de emergencia deben considerar la atención a los aspectos psicológicos. Cuando la OMS declaró el COVID-19 como una emergencia de salud pública internacional, la asistencia sanitaria tuvo que adaptarse continuamente. Especialmente en grupos vulnerables, como las mujeres en el periodo perinatal, los sistemas sanitarios ajustaron sus recursos a nivel nacional y local, desarrollando guías específicas para la atención perinatal (López-Rubio, 2020). Estas guías se centran en la asistencia en casos posibles o confirmados de COVID-19 (MSCBS 2020), proporcionando indicaciones generales y dejando a los centros sanitarios la adaptación de las recomendaciones. Esto ha dado lugar a una notable heterogeneidad en el seguimiento del embarazo, parto y puerperio (Baena-Antequera et al., 2020). Desafortunadamente, las preocupantes cifras de ingresos y fallecimientos debidos al COVID-19 conllevaron en algunos casos a situaciones que se alejan del concepto de "humanización" del embarazo y el parto que había sido el enfoque de la medicina en los últimos tiempos (López-Rubio, 2020).

El actual modelo en el campo de estudio de las emergencias se orienta hacia una misión institucional preventiva. Por lo tanto, la investigación debe recopilar información que contribuya a la creación de protocolos de actuación que prioricen la reducción de riesgos, aborden las emergencias y anticipen actividades de reconstrucción (Robles-Sánchez, 2020).

Dada la ausencia de investigaciones previas en este contexto, el objetivo de este estudio fue realizar un estudio exploratorio que permita encontrar que variables relacionadas con la atención al parto y el postparto están asociadas con los síntomas depresivos. Para ello, los objetivos de este estudio fueron 1) identificar las variables de las experiencias de atención al parto y el postparto relacionadas con la depresión postparto y 2) estimar en qué medida las experiencias de atención al parto y el postparto están relacionadas con el riesgo de depresión postparto.

Se plantea la hipótesis de que existe una relación significativa entre la atención al parto y postparto y la depresión postparto. Para ello, se plantean las siguientes hipótesis específicas 1) se espera que ciertas variables específicas, vinculadas a las experiencias durante el parto y postparto, estarán asociadas con la depresión postparto y 2) se hipotetiza que las experiencias de atención al parto y el postparto tendrán una influencia significativa en el riesgo de depresión postparto.



2. Método

2.1. Participantes

La muestra comprende a 1,954 mujeres en el periodo postparto que residen en España, siendo reclutadas en el periodo comprendido entre el 16 de junio y el 4 de diciembre de 2020.

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: a) ser madre biológica de un bebe de seis meses o menos; b) tener 18 años o más; c) residir en España; d) otorgar el consentimiento para participar en el estudio.

2.2. Variables e instrumentos

Para llevar a cabo la investigación que constituye este trabajo, se emplearon los resultados de varios instrumentos de evaluación. Todos los participantes completaron un cuestionario

sociodemográfico destinado a recopilar información sobre sus características principales, tales como edad, nivel educativo, situación laboral y convivencia con pareja. Además, se incluyó la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS; Cox et al., 1987) con el fin de evaluar la sintomatología depresiva. Este instrumento está específicamente diseñado para detectar la Depresión Postparto (DP) (Cox, 2019), abordando síntomas de tristeza, ansiedad y pensamientos relacionados con la muerte.

La EPDS es ampliamente recomendada y utilizada a nivel internacional, aunque no tiene un punto de corte especificado (Levis et al., 2020). La puntuación total de la escala consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 30, donde puntuaciones más altas indican mayor gravedad. En este estudio, se aplicó la validación española de la escala (García-Esteve et al., 2003), estableciendo un punto de corte de 13 o más para identificar síntomas clínicamente significativos. Esta elección se basó en una búsqueda de mayor especificidad, a pesar de una menor sensibilidad (Levis et al., 2020). En el contexto de este estudio, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido para la escala fue de .88, indicando una buena consistencia interna.

Para evaluar la atención durante el parto y postparto, se empleó la versión española de la encuesta Coronavirus Perinatal Experiences - Impact Survey (COPE-IS) desarrollada por Thomason et al. (2020). La COPE-IS es una medida desarrollada para evaluar las experiencias de madres y gestantes durante la pandemia de COVID-19 (SARS-CoV-2). Su desarrollo inicial se llevó a cabo en inglés y posteriormente se tradujo y adaptó culturalmente a otros idiomas, incluyendo el español. En cada país participante, los investigadores siguieron protocolos metodológicos predefinidos, como se detalla en el protocolo del estudio (Motrico et al., 2021), para garantizar una traducción precisa y culturalmente pertinente de los cuestionarios.

Específicamente para este estudio, se incluyeron 17 ítems con respuestas dicotómicas "Sí/No": 1) No tuve acceso a los medicamentos más solicitados durante el parto; 2) Cambio de lugar

del parto; 3) La inducción al parto o la cesárea que tenía planificada no estaba permitida; 4) La planificación de mi parto por vía vaginal cambió a inducción o cesárea; 5) El profesional de atención médica que me iba a atender no estaba disponible durante el nacimiento; 6) No se permitió a nadie cercano asistir al parto; 7) Me separaron del bebé inmediatamente después del parto; 8) Me separaron del bebé durante un largo período de tiempo después del parto; 9) Mi familia y amigos no pudieron visitarnos a mi bebé y a mí después del nacimiento; 10) No tuve acceso a apoyo para la lactancia u otro tipo de ayuda postnatal después del alta del hospital; 11) Mi visita postparto fue cancelada; 12) Mi visita postparto fue virtual; 13) No pude obtener el tipo de anticonceptivo que quería; 14) No pude hablar de mi depresión postparto o problemas relacionados con mi estado de ánimo; 15) Las revisiones de mi bebé se hicieron virtuales; 16) Las revisiones de mi bebé fueron canceladas; 17) Las vacunas de mi bebé fueron pospuestas.

2.3. Diseño y procedimiento

Este trabajo de fin de grado forma parte de un estudio internacional centrado en analizar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental perinatal, conocido como Riseup-PPD-COVID-19. Con el propósito de investigar y proponer las mejores prácticas para mitigar dicho impacto en la salud mental de las mujeres, los miembros de la "Red Paneuropea de Innovación y Sostenibilidad en el Trastorno de Depresión Periparto - Riseup-PPD" (Cost Action 18138), financiada por el Programa Marco Horizonte 2020 de la Unión Europea, crearon el Grupo de Trabajo "Salud Mental Perinatal y Pandemia de COVID-19". Actualmente, el equipo de investigación está llevando a cabo un estudio de cohorte prospectivo a nivel internacional con el objetivo de abordar las lagunas en la investigación sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental perinatal (Riseup-PPD-COVID-19).

La meta principal de la COST Action Riseup-PPD es establecer una red multidisciplinaria paneuropea de investigadores comprometidos con la comprensión del Trastorno de Depresión Periparto, desde su prevención y evaluación hasta su tratamiento e impacto global.

Este estudio específico se llevó a cabo en 11 países europeos (Albania, Bulgaria, Chipre, Francia, Grecia, Israel, Malta, Portugal, España, Turquía y el Reino Unido), así como en Argentina, Brasil y Chile. El protocolo de estudio está publicado (registro de ensayos: ClinicalTrials.gov; Identificador: NCT04595123), proporcionando una descripción detallada del método. Se trata de un estudio de cohorte prospectivo internacional que incluye una evaluación de línea de base y tres evaluaciones de seguimiento a uno, tres y seis meses después de la línea de base. El período de observación abarcó 6 meses, desde la evaluación inicial hasta la última evaluación de seguimiento, desarrollándose entre el 15 de junio de 2020 y el 15 de junio de 2021.

Para este trabajo, Riseup-PPD ha facilitado el acceso a la parte de la base de datos del estudio en España. En particular, se empleó un estudio transversal para analizar los factores de riesgo relacionados la DPP en relación con la atención durante el parto y postparto entre las madres de lactantes menores de 6 meses.

Con el propósito de reducir posibles sesgos, se implementó la lista de verificación STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology; von Elm et al., 2007), que comprende 22 puntos esenciales para una comunicación precisa de estudios observacionales. Esta medida se adoptó para asegurar una metodología rigurosa en la investigación (ver ANEXO II).

En cuanto al procedimiento, los participantes fueron reclutados de manera diversa, utilizando plataformas de redes sociales como Twitter, Facebook, Instagram, LinkedIn, ResearchGate, WhatsApp, entre otras. Además, se emplearon redes de organizaciones, contactos con responsables políticos, colaboraciones con organizaciones locales y otras partes interesadas,

haciendo uso de la red proporcionada por Riseup-PPD. También se incluyeron conocidos de los miembros del equipo de investigación y se aprovecharon las redes personales de colegas. El contacto se estableció directamente a través de mensajes de móvil o correo electrónico.

A aquellos participantes que otorgaron su consentimiento informado en línea y cumplieron con todos los criterios de inclusión se les extendió una invitación para participar en el estudio mediante el enlace del sitio web del proyecto (<https://momsduringcovid.org/about/>). La recolección de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario en línea diseñado específicamente para cumplir con los objetivos del estudio, utilizando la plataforma de encuestas Qualtrics. Antes de su participación, se proporcionó a los participantes información detallada sobre los objetivos del estudio, el contenido de las preguntas, los posibles riesgos y beneficios, así como los aspectos éticos del estudio.

En el proceso de reclutamiento, aquellos sujetos que no cumplían con los criterios de inclusión fueron informados mediante un mensaje de agradecimiento por su interés, y se les explicaron los criterios de inclusión a través del sitio web del proyecto.

Cabe destacar que este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, España) antes de su inicio (Protocolo Ético: 1257-N-20), cumpliendo con todas las normativas nacionales de protección de datos (ANEXO I). La participación en el estudio fue voluntaria, y se garantizó la confidencialidad de toda la información proporcionada, siguiendo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki sobre Investigación con Seres Humanos.

2.4. Análisis estadístico

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo utilizando IBM SPSS Statistics para Windows (versión 24), estableciendo el nivel de confianza en el 95%, con niveles de significación fijados en el 1% y el 5% ($p < .01$ y $p < .05$).

Previo al análisis, se comprobó manualmente la exactitud y coherencia de los datos. De las 2.590 encuestadas originales, se identificaron y eliminaron 636 registros no válidos porque las participantes indicaron que sus hijos tenían más de 6 meses. Todos los análisis se realizaron utilizando registros sin valores perdidos.

La Depresión Postparto (DP), considerada como variable criterio, fue medida de manera dicotómica con un umbral de EPDS > 13. En la primera fase, se analizaron las relaciones entre variables dentro de la muestra, examinando las diferencias entre la presencia y ausencia de depresión para variables categóricas en cada grupo mediante tablas de contingencia. Este análisis utilizó el estadístico chi-cuadrado de Pearson y se complementó con el índice de tamaño del efecto V de Cramer, proporcionando una visión detallada de las asociaciones.

Posteriormente, para evaluar si las variables estudiadas tenían capacidad predictiva sobre la depresión postparto en la población, se recurrió al análisis de regresión. Se empleó una variable dependiente dicotómica (con/sin depresión) en análisis de regresión logística binaria mediante el método intro. Se seleccionaron las variables predictoras (categóricas o cuantitativas) que se consideraban relevantes o influyentes en el modelo. Este enfoque permitió explorar la relación entre estas variables y la presencia de depresión, ofreciendo información sobre la probabilidad de ocurrencia de la depresión en función de las características consideradas. En resumen, la primera fase se centró en entender las relaciones internas de la muestra, mientras que el análisis de regresión posterior buscó identificar factores predictivos de la depresión en la población en general.

3. Resultados

3.1. Perfil sociodemográfico de las participantes

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la muestra. La edad media fue de 33.84 (4.28), la mayoría vivía en pareja (80.7%), tenían un nivel de estudios universitarios (70.1%) y tenían empleo (89.3%).

Tabla 1. Principales características de las participantes

Variables sociodemográficas	(n = 1,954) n (%) o Media (\pm DT)
Edad	33,84 (\pm 4,29)
Nivel de estudios	
Estudios básicos	98 (5.10%)
Estudios medios	480 (24.90%)
Estudios superiores	1352 (70.10%)
Convivencia pareja	
<i>Si</i>	1552 (80.70%)
<i>No</i>	370 (19.30%)
Situación de desempleo	
<i>Sí</i>	209 (10.70%)
<i>No</i>	1745 (89.30%)

3.2. Análisis descriptivo y comparativo

La Tabla 2 muestra la comparación de la experiencia en la atención al parto y al postparto de las mujeres entre las que tienen síntomas clínicamente significativos de depresión y las que no. Los resultados mostraron diferencias significativas en 13 de los 17 ítems. En concreto, entre las mujeres con sospecha de depresión es mayor el porcentaje de aquellas tuvieron que cambiarles el

lugar de parto (10.600% vs 7.3%), la planificación de un parto vaginal cambio a inducción o cesárea (11.5% vs 6%), no se permitió a alguien cercano asistir al parto (16.80% vs 12%), la separaron del bebe inmediatamente tras el parto (8.20% vs 5.40%), las separaron del bebe durante un periodo prolongado tras el parto (2.60% vs 1.10%), la familia no pudo visitarlos (6.30% vs 9.60%), no tuvieron acceso a apoyo a la lactancia (58.60% vs 43.70%), la visita del postparto fue cancelada (23.10% vs 14.20%), no pudieron obtener el tipo de anticonceptivo que querían (5% vs 1.90%), no pudieron hablar de sus síntomas de depresión (37.80% vs 13.10%), las revisiones del bebe fueron virtuales (8,5% vs 5,6%), las revisiones del bebe fueron canceladas (9.9% vs 5.3%) y las vacunas del bebe fueron canceladas (6.2% vs 3.3%).

Cabe destacar que, al interpretar los resultados del análisis chi-cuadrado, se observa que el tamaño de efecto obtenido por V de Cramer es pequeño. Aunque se identificaron algunas asociaciones significativas, es importante señalar que el impacto práctico o la magnitud de estas asociaciones es limitado.

Tabla 2. Análisis descriptivo y comparativo entre las mujeres con DPP y las no DPP

	EPDS < 13 (n = 1369) n (%)		EPDS > 13 (n = 585) n (%)		p	V/d
	Si	No	Si	No		
No tuve acceso a los medicamentos más solicitados durante el parto	1.316 (96.1%)	53 (3.9%)	561 (95.9%)	24 (4.1%)	.810	0.005
Cambio de lugar del parto	100 (7.3%)	1.269 (92.7%)	62 (10.6%)	523 (89.4%)	.016	0.055
La inducción al parto o la cesárea que tenía planificada no estaba permitida	1.344 (98.2%)	25 (1.8%)	577 (98.6%)	8 (1.4%)	.471	0.016
La planificación de mi parto por vía vaginal cambió a inducción o cesárea	82 (6%)	1.287 (94%)	67 (11.5%)	518 (88.5%)	<.001	0.094

El profesional de atención médica que me iba a atender estaba disponible durante el nacimiento	1.326 (96.9%)	43 (3.1%)	566 (96.8%)	19 (3.2%)	.902	0.003
Se permitió a alguien cercano asistir al parto	1205 (88%)	164 (12%)	487 (83.2%)	98 (16.8%)	.005	0.064
Me separaron del bebé inmediatamente después del parto	74 (5.4%)	1.295 (94.6%)	48 (8.2%)	537 (91.8%)	.019	0.053
Me separaron del bebé durante un largo período de tiempo después del parto	15 (1.1%)	1.354 (98.9%)	15 (2.6%)	570 (97.4%)	.016	0.055
Mi familia y amigos pudieron visitarnos a mi bebé y a mí después del nacimiento	1.237 (9.4%)	132 (9.6%)	548 (93.7%)	37 (6.3%)	.017	0.054
Tuve acceso a apoyo para la lactancia u otro tipo de ayuda postnatal después del alta del hospital	771 (56.3%)	598 (43.7%)	242 (41.4%)	343 (58.6%)	<.001	0.137
Mi visita postparto fue cancelada	194 (14.2%)	1.175 (85.8%)	135 (23.1%)	450 (76.9%)	<.001	0.109
Mi visita postparto fue virtual	133 (9.7%)	1236 (90.3%)	54 (9.2%)	531 (90.8%)	.739	0.008
Pude obtener el tipo de anticonceptivo que quería	1.343 (98.1%)	26 (1.9%)	556 (95%)	29 (5%)	<.001	0.085
Pude hablar de mi depresión postparto o problemas relacionados con mi estado de ánimo	1.189 (86.9%)	180 (13.1%)	364 (62.2%)	221 (37.8%)	<.001	0.279
Las revisiones de mi bebé se hicieron virtuales	76 (5.6%)	1.293 (94.4%)	50 (8.5%)	535 (91.5%)	.014	0.056
Las revisiones de mi bebé fueron canceladas	73 (5.3%)	1.296 (94.7%)	58 (9.9%)	527 (90.1%)	<.001	0.084
Las vacunas de mi bebé fueron pospuestas	45 (3.3%)	1.324 (96.7%)	36 (6.2%)	549 (93.8%)	.004	0.066

3.3. Análisis de regresión

Los resultados hallados muestran que a las mujeres que cambiaron su planificación de parto vía vaginal a inducción o cesárea (OR=1.54; $p=.023$), no tuvieron acceso a apoyo a la lactancia u otro tipo de ayuda postnatal después del alta del hospital (OR= 1.26; $p=.035$), no pudieron obtener el anticonceptivo que querían (OR=1.84; $p=0,038$) y o pudieron hablar de sus síntomas de depresión o otros problemas relacionados con su estado de ánimo (OR=3.32; $p=0,000$) tienen un mayor riesgo de tener depresión. Este modelo de regresión aportó un R^2 de Nagelkerke de .125.

Tabla 3. Predictores sospecha depresión

Predictores	OR [95% IC]	p
Cambio de lugar del parto	1.28 [0.89 – 1.83]	.170
La planificación del parto por vía vaginal cambió a inducción o cesárea	1.54 [1.06 – 2.25]	.023
Se permitió a alguien cercano asistir al parto	1.19 [0.88 – 1.63]	.248
Me separaron del bebé inmediatamente después del parto	0.92 [0.58 – 1.45]	.724
Me separaron del bebé durante un largo período de tiempo después del parto	1.66 [0.74 – 3.73]	.217
Mi familia y amigos pudieron visitarnos a mi bebé y a mí después del nacimiento	1.41 [0.95 – 1.09]	.088
No tuve acceso a apoyo para la lactancia u otro tipo de ayuda postnatal después del alta del hospital	1.26 [1.01 – 1.56]	.035
Mi visita postparto fue cancelada	1.12 [0.85 – 1.48]	.408
No pude obtener el tipo de anticonceptivo que quería	1.84 [1.03 – 3.29]	.038
No pude hablar de mi depresión postparto o problemas relacionados con mi estado de ánimo	3.32 [2.60 – 4.23]	.000
Las revisiones de mi bebé se hicieron virtuales	1.12 [0.75 – 1.67]	.574
Las revisiones de mi bebé fueron canceladas	1.35 [0.89 – 2.04]	.147
Las vacunas de mi bebé fueron pospuestas	1.27 [0.77 – 2.10]	.341

4. Discusión

La salud actual y futura de la madre, así como la del bebé, se ve influida por factores genéticos, ambientales y comportamentales, estableciendo un vínculo crucial para la salud de las generaciones venideras (Riquelme-Gallego, 2021). En este contexto, la priorización de una atención perinatal de alta calidad se vuelve fundamental para las mujeres (Lebel, 2020). Esta importancia se amplifica en situaciones extraordinarias, como la vivida durante la pandemia, donde el miedo emerge como una respuesta emocional central y normal, generando un estrés que impacta directamente en la salud mental de la madre (Motrico et al., 2020).

La atención actual debe ir más allá de abordar las consecuencias inmediatas, ya que se hace evidente la necesidad de desarrollar estrategias más efectivas para futuras situaciones de emergencia. En este sentido, la redacción de protocolos y acciones preventivas debe basarse en hechos observados tanto por la investigación como por expertos psicólogos (Chacón-Fuertes et al., 2020). Este estudio busca identificar aspectos específicos que contribuyan a este propósito, enfocándose en la construcción de un marco sólido para abordar las complejidades de la atención de la salud mental perinatal en situaciones críticas.

Entre los resultados obtenidos, destaca la influencia de la imposibilidad de hablar de los problemas relacionados con el estado de ánimo como factor de riesgo, observándose un riesgo 3.32 veces mayor de desarrollar DP en este grupo. Estos hallazgos se alinean con la literatura existente, que identifica los antecedentes de salud mental o la presencia de depresión durante el embarazo como principales factores de riesgo para la depresión postparto (Milgram et al., 2008; Shin et al., 2020). Además, se resalta la importancia del apoyo percibido por parte de los profesionales de la salud como otro elemento crucial. La literatura respalda este resultado, señalando la relevancia de sentirse respaldada por los proveedores de atención médica durante el periodo perinatal (Kovacheva et al., 2022; Lancaster et al., 2010).

Otra variable que emerge como predictora de la DP es el cambio en la planificación del parto, ya sea de parto vaginal a inducción o cesárea. Cualquier alteración en el plan original conlleva preocupación y falta de información, reflejando así, en consonancia con otras investigaciones, la importancia de una comunicación clara sobre cualquier cambio en el procedimiento. Se destaca la necesidad de asegurarse de que la información sea comprendida para mitigar el malestar y la angustia psicológica asociada con dichos cambios (Finset et al., 2020). Además, se sugiere la relevancia de proporcionar herramientas previas para la reducción del estrés como una estrategia complementaria (Zhou et al., 2020).

Además de las variables previamente mencionadas, otras que emergen como predictoras de la DP incluyen la imposibilidad de obtener el anticonceptivo deseado y la falta de respaldo para la lactancia después del alta hospitalaria. De este modo, se subraya la importancia de sentir control sobre la planificación del embarazo como un factor relevante para la salud mental, respaldado por observaciones de Milgrom et al. (2008). En particular, se destaca el papel crucial del apoyo instrumental durante la etapa postparto, especialmente en relación con la lactancia, posiblemente debido a que esta esfera brinda a la madre un ámbito que ella puede gestionar y controlar.

Los datos del análisis de las diferencias entre las mujeres con sospecha de depresión y sin depresión revelan la significativa influencia de poder acceder a recursos que se esperan del sistema de salud, como revisiones del bebé, realizar el contacto piel con piel, dar a luz en el lugar previsto, contar con la presencia de seres queridos, así como visitas de familiares y amigos. Sin embargo, se observa que los aspectos más destacados, de los análisis de regresión, están relacionados con lo que parece ser controlable para la mujer. Es decir, tener el tipo de parto esperado, acceder al anticonceptivo deseado y lograr amamantar a su bebé. Esto refleja la importancia del empoderamiento de la mujer en su maternidad y cómo la pérdida del sentimiento de confianza

como madre se vincula estrechamente con la aparición de la depresión postparto (Servicio Canario de la Salud, 2020).

Por último añadir el resultado de la variable "mi visita postparto fue cancelada" que fue asociada con la sintomatología depresiva, pero no hubo diferencias en "mi visita postparto fue virtual". El hecho de que la cancelación de la visita postparto física esté asociada con la sintomatología depresiva sugiere que la falta de atención presencial puede tener un impacto negativo en la salud mental de las mujeres después del parto. Esta asociación puede explicarse por la importancia de la atención y el apoyo continuo durante este periodo vulnerable. Sin embargo, la ausencia de diferencias en la variable "mi visita postparto fue virtual" indica que las visitas virtuales pueden haber desempeñado un papel crucial en mitigar el impacto negativo de la cancelación de las visitas físicas. Los estudios que resaltan la utilidad de la salud móvil (m-Health), sugieren que las intervenciones basadas en tecnología pueden ser eficaces para mejorar y mantener la salud mental (Linardon et al., 2019). Además, se estima que el 82% de las mujeres embarazadas están predispuestas a recibir intervenciones en línea específicas para el periodo postparto (Peragallo-Urrutia et al., 2015) lo cual indica una aceptación generalizada de las intervenciones virtuales. Este alto nivel de predisposición sugiere que las mujeres pueden haber estado abiertas y receptivas a la atención virtual como una alternativa válida en caso de cancelación de las visitas físicas.

Los resultados deben interpretarse considerando limitaciones inherentes al estudio. La muestra no fue obtenida mediante muestreo aleatorio, sino con un muestreo no intencional, afectando la generalización de los resultados. La disponibilidad de acceso a internet y el nivel educativo podrían haber sesgado la participación de grupos específicos. La posibilidad de atraer a individuos especialmente interesados en el tema podría afectar la representatividad de la muestra.

Es importante señalar que no se han establecido las propiedades psicométricas de la COPE-IS ni los procedimientos de puntuación, lo que sugiere precaución al interpretar resultados basados

en esta herramienta. Aunque esta herramienta ha sido ampliamente utilizada en investigación (Motrico et al., 2020; Motrico et al., 2021; Wilson et al., 2022; Zandona 2021), futuras investigaciones podrían enfocarse en validar y evaluar exhaustivamente la COPE-IS en diversos contextos y poblaciones.

En cuanto al análisis descriptivo, aunque se identificaron muchas asociaciones significativas, la V de Cramer indica un impacto práctico limitado. Es crucial considerar estas observaciones con precaución, ya que las relaciones estadísticas no necesariamente indican una influencia sustancial en las variables analizadas. Sin embargo, teniendo en cuenta la etiología multifactorial de la depresión posparto, considerando la naturaleza multifactorial de la depresión posparto (Malpartida, 2020) y el hecho de que solo se ha tenido en cuenta una pequeña parte de estos factores, es comprensible que el tamaño del efecto sea pequeño.

A pesar de las limitaciones mencionadas, el estudio presenta notables fortalezas. Aunque la muestra no fue obtenida mediante muestreo intencional, se acerca a la representatividad demográfica de la población general según fuentes confiables (INE, 2022; Motrico et al., 2022a). El tamaño considerable de la muestra fortalece significativamente la robustez estadística del análisis, proporcionando una base sólida para explorar factores vinculados con la depresión perinatal. Este aspecto respalda la capacidad del estudio para generar resultados coherentes y confiables, fundamentales en investigación científica.

En sintonía con el contexto histórico y la creciente atención a las necesidades psicológicas, especialmente en la etapa perinatal, este estudio aporta datos de alta relevancia (Cullen et al., 2020). En conclusión, esta investigación ha logrado su objetivo al identificar las variables asociadas con la atención al parto y postparto que influyen en los síntomas depresivos. Los resultados buscan aportar claridad sobre los factores de riesgo implicados, subrayando la imperiosa necesidad de enfocar esfuerzos en la prevención y atención de la salud mental perinatal, particularmente en el

postparto. Se espera que los hallazgos de este estudio se conviertan en una herramienta fundamental para la formulación de estrategias y protocolos destinados a fomentar la salud mental de las madres, especialmente en situaciones de emergencia, durante este período crítico.

5. Referencias

- Baena-Antequera, F., Jurado-García, E., Fernández-Carrasco, F. J., Rodríguez-Díaz, L., Gómez-Salgado, J. & Vázquez-Lara, J. M. (2020). Atención del embarazo durante la epidemia de COVID-19, ¿un impulso para el cambio? [Pregnancy care during COVID-19 epidemic, a drive for change?]. *Revista Española de Salud Pública*, 94: e202011157. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-196380>
- Besteiro, E. M., Aliaga, M. T., Pineda, M., Alegre, J. M., Berlanga, J. F. & Martín, P. B. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 37-48. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.1.2001.3903>
- Bina, R. & Glasser, S. (2019). Factors associated with attitudes toward seeking mental health treatment postpartum. *Women & Health*, 59(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1421286>
- Castelao-Legazpi, P., Rodríguez-Muñoz, M. F., Le, H.N., Soto-Balbuena, C., Olivares, M. E. & Izquierdo-Méndez, N. (2022). Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy. *Midwifery*, 106: 103226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226>
- Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J. R. & García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>

- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, 782-786. <https://10.1192/bjp.150.6.782>
- Cox, J. (2019). Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 214(3), 127-129. <https://10.1192/bjp.2018.245>
- Cullen, W., Gulati, G. & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E. & White, D. B. (2021). Perinatal depression: Challenges and opportunities. *Journal of Women's Health*, 30(2), 154-159. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862>
- Finset, A., Bosworth, H., Butow, P., Gulbrandsen, P., Hulsman, R. L., Pieterse, A. H., Street, R., Tschoetschel, R. & van Weert, J. (2020). Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103(5), 873-876. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J. & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71-76. [https://10.1016/s0165-0327\(02\)00020-4](https://10.1016/s0165-0327(02)00020-4)
- Garcia-Esteve, L., Giménez, A. T., Gurrutxaga, M., García, P. N., Terrén, C. A. & Gelabert, E. (2014). Maternity, migration, and mental health: comparison between Spanish and Latina immigrant mothers in postpartum depression and health behaviors. In S. Lara-Cinisomo & K. Leah Wisner (Eds.). *Perinatal depression among Spanish-speaking and Latin American women* (pp. 15-37). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8045-7_2

- Grissette, B. G., Spratling, R. & Aycock, D. M. (2018). Barriers to help-seeking behavior among women with postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN*, 47(6), 812–819. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.006>
- Instituto Nacional de Estadística [INE]. (2022). *Mujeres y hombres en España 2022*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481659&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M. & Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal of education and health promotion*, 4, 6. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>
- Hoekzema, E., Tamnes, C. K., Berns, P., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., Martínez-García, M., Desco, M., Ballesteros, A., Crone, E. A., Vilarroya, O. & Carmona, S. (2020). Becoming a mother entails anatomical changes in the ventral striatum of the human brain that facilitate its responsiveness to offspring cues. *Psychoneuroendocrinology*, 112, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104507>
- Kovacheva, K., Rodríguez-Muñoz, M. F., Baya, D. G., Salas, S. D. & Motrico, E. (2022). The Relationship between Healthcare Experience and Perinatal Depression during COVID-19 Pandemic. *Clínica y Salud*, 33(3), 117 - 125. <https://doi.org/10.5093/clysa2022a13>
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M. & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Laviña, A. (2013). Relación depresión posparto y prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de Atención al parto normal. *Nure Investigación*, 10, 1–13.

- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L. & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13. <https://10.1016/j.jad.2020.07.126>
- Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A. & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 371: m4022. <https://10.1136/bmj.m4022>
- Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M. & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 325–336. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- López Rubio, M. A. (2020). Nacer en los tiempos del COVID-19. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(6), 597-602. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3681>
- Martínez, E., Toledo, M., Pineda, M., Monleón, J., Ferrero, J. & Barreto, M.P. (2001). La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 6(1), 37–48. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.1.2001.3903>
- Martínez-Martínez, T. & Damian-Ferman, N. (2014). Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. *Enfermería universitaria*, 11(2), 61-66. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200004&lng=es&tlng=es
- Malpartida, A. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(02), 355–355.

- Meaney, M. J. (2018). Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health. *The American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1084–1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091031>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D. & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). *Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con COVID-19*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Archivo PDF]. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf
- Motrico, E., Mateus, V., Bina, R., Felice, E., Bramante, A., Kalcev, G., Mauri, M., Martins, S. & Mesquita, A. (2020). Good practices in perinatal mental health during the COVID-19 pandemic: A report from task-force RISEUP-PPD COVID-19. *Clinica y Salud*, 31(3), 155–160. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a26>
- Motrico, E., Bina, R., Domínguez-Salas, S., Mateus, V., Contreras-García, Y., Carrasco-Portiño, M., Ajaz, E., Apter, G., Christoforou, A., Dikmen-Yildiz, P., Felice, E., Hancheva, C., Voursora, E., Wilson, C. A., Buhagiar, R., Cadarso-Suárez, C., Costa, R., Devouche, E., Ganho-Ávila, A., . . . Mesquita, A. (2021). Impact of the Covid-19 pandemic on perinatal mental health (Riseup-PPD-COVID-19): protocol for an international prospective cohort study. *BMC Public Health*, 21(1), 368. <https://10.1186/s12889-021-10330-w>
- Motrico, E., Domínguez-Salas, S., Rodríguez-Domínguez, C., Gómez-Gómez, I., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F. & Gómez-Baya, D. (2022a). The impact of the COVID-19 pandemic on perinatal depression and anxiety: A large cross-sectional study in Spain. *Psicothema*, 34(2), 200-208. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.380>

Motrico, E., Moreno-Peral, P., Uriko, K., Hancheva, C., An elinovi, M., Ajaz, E., Apter, G., Bramante, A., Cerón, S. C., Christoforou, A., Dikmen-Yildiz, P., Evagorou, O., Fonseca, A., Lupatteli, A., Radoš, S. N., Al Maach, N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Žuti, M. & Lambregtse-van den Berg, M. P. (2022b). Clinical practice guidelines with recommendations for peripartum depression: A European systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(4), 325-339. <https://doi.org/10.1111/acps.13478>

National Childbirth Trust. (2017). *The Hidden Half: Bringing Postnatal mental illness out of hiding* [Archivo PDF]. The National Childbirth Trust. https://www.basw.co.uk/system/files/resources/NCT%20The%20Hidden%20Half_0.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). *Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV)*. [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Peragallo-Urrutia, R., Berger, A. A., Ivins, A. A., Beckham, A. J., Thorp, J. M., Jr. & Nicholson, W. K. (2015). Internet use and access among pregnant women via computer and mobile phone: Implications for delivery of perinatal care. *JMIR MHealth and UHealth*, 3(1), e25. <https://doi.org/10.2196/mhealth.3347>

Pereira, A. T., Marques, M., Soares, M. J., Maia, B. R., Bos, S., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C., Madeira, N. & Macedo, A. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *Journal of affective disorders*, 166, 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.008>

- Prevatt, B.S. & Desmarais, S. L. (2018). Facilitators and barriers to disclosure of postpartum mood disorder symptoms to a healthcare provider. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 120–129. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2361-5>
- Riquelme-Gallego, B. (2021). Programación fetal: ambiente de crecimiento y desarrollo prenatal, de Rafael A. Caparrós González, *Ediciones Pirámide. Clínica y Salud*, 32(3), 151-152. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a19>
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M. G., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H. S., Vázquez-Batan, P., Peñacoba, C. & Osma, J. (2023). Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain. *Clínica y Salud*, 34(2), 51 - 63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- Servicio Canario de la Salud (2020). *Atención de la madre y recién nacido/a durante el puerperio. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.)*. [Archivo PDF]. Dirección General de Programas Asistenciales, Gobierno de Canarias.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y. & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Suwalska, J., Napierała, M., Bogdański, P., Łojko, D., Wszółek, K., Suchowiak, S. & Suwalska, A. (2021). Perinatal Mental Health during COVID-19 Pandemic: An Integrative Review and Implications for Clinical Practice. *Journal of clinical medicine*, 10(11): 2406. <https://doi.org/10.3390/jcm10112406>
- Thomason, M., Graham, A., Sullivan, E., Vatalaro, T. & Heuvel, M. I. van den. (2020). *COVID-19 and perinatal experiences study*. <https://10.17605/OSF.IO/UQHCV>

Vázquez, M.B. & Míguez M.C. (2022). *La depresión en el primer año postparto: periodos críticos*.

Comunicación presentada en la X Jornada de Salud Mental Perinatal organizada por la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES).

Wilson, C. A., Gómez-Gómez, I., Parsons, J., Costa, R., Mesquita, A., Voursora, E., Contreras-García, Y., Levy, D., Mateus, V., Christoforou, A., Felice, E., Dikmen-Yildiz, P., Domínguez-Salas, S. & Motrico, E. (2022). The mental health of women with gestational diabetes during the COVID-19 pandemic: An international cross-sectional survey. *Journal of Women's Health, 31*(9), 1232–1240. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0584>

Yu, Y., Liang, H.F., Chen, J., Li, Z.B., Han, Y.S., Chen, J.-X. & Li, J.C. (2021). Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Frontiers in Psychiatry, 12*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620371>

Zandona, K. d. P. C. (2021). Relação Entre Suporte Social, Estresse Percebido, Fatores de Risco e Saúde Mental Perinatal Na Pandemia COVID19 (Order No. 30225251). *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (2764377599). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/relação-entre-suporte-social-estresse-percebido/docview/2764377599/se-2>

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X. & Smith, A. C. (2020). The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and E-Health, 26*(4), 377-379. <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>

6. Apéndices

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

DICTAMEN ÚNICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

D/D*: Carlos García Pérez como secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocio

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor/investigador Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental perinatal (RiseupPPD-COVID) ,
(RiseupPPD-COVID)
Protocolo, Versión: 1
HIP, Versión: 1
CI, Versión: 1

Y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

La capacidad del/de la investigador/a y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que los aspectos económicos involucrados en el proyecto, no interfieren con respecto a los postulados éticos.

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se relacionan, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Lo que firmo en Sevilla a 28/09/2020

D/D*. Carlos García Pérez, como Secretario/a del CEI de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocio



Código Seguro De Verificación:	35d24552a931cad1e6a241bb7cb8451ddc95c692	Fecha:	28/09/2020	
Normativa:	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 58/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
Firmado Por:	Carlos García Pérez			
Url De Verificación:	https://www.juntadeandalucia.es/salud/portaldetetica/xhtml/ayuda/verificarFirmaDocumento.iface/code/35d24552a931cad1e6a241bb7cb8451ddc95c692	Página:	1/2	

ANEXO I: CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS

CERTIFICA

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el 10/09/2020 y recogida en acta 17/2020 la propuesta del/de la Promotor/a Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía, para realizar el estudio de investigación titulado:

TÍTULO DEL ESTUDIO: Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental perinatal (RiseupPPD-COVID) ,
(RiseupPPD-COVID)
Protocolo, Versión: 1
HIP, Versión: 1
CI, Versión: 1

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

Presidente/a

D/Dª. Víctor Sánchez Margalet

Vicepresidente/a

D/Dª. Dolores Jiménez Hernández

Secretario/a

D/Dª. Carlos García Pérez

Vocales

D/Dª. Enrique Calderón Sandubete

D/Dª. José Garnacho Montero

D/Dª. Gabriel Ramírez Soto

D/Dª. Cristina Pichardo Guerrero

D/Dª. Javier Vitorica Fernandez

D/Dª. Juan Carlos Gomez Rosado

D/Dª. MARIA EUGENIA ACOSTA MOSQUERA

D/Dª. Enrique de Álava Casado

D/Dª. EVA MARIA DELGADO CUESTA

D/Dª. ANGELA CEJUDO LOPEZ

D/Dª. Amancio Carnero Moya

D/Dª. Regina Sandra Benavente Cantalejo

D/Dª. Jose Salas Turrents

D/Dª. LUIS GABRIEL LUQUE ROMERO

D/Dª. ANTONIO PÉREZ PÉREZ

D/Dª. ESPERANZA GALLEGO CALVENTE

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.



Lo que firmo en Sevilla a 28/09/2020

Código Seguro De Verificación:	35d24552a931cad1e6a241bb7cb8451dde95c692	Fecha	28/09/2020	
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.			
Firmado Por	Carlos García Pérez			
Url De Verificación	https://www.juntadeandalucia.es/salud/portaldetetica/xhtml/ayuda/verificafirmaDocumento.faces/code/35d24552a931cad1e6a241bb7cb8451dde95c692	Página	2/2	

ANEXO II: Declaración STROBE

	Punt o	Recomendación	
Título y resumen	1	(a) Indique el diseño del estudio en el título o en el resumen con un término habitual	Indicado, resumen, apartado método.
		(b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado	Indicado.
Introducción			
Contexto/ fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científico de la investigación que se comunica	Descripción de la relevancia estudio.
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada	En la introducción, dos últimos párrafos.
Métodos			
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio	Indicado en método y resumen.
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos	Indicado marco y lugar.
Participantes	6	(a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes	Indicado criterio inclusión, fuentes y métodos selección.
		(b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso	
Variables	7	Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos	En método, apartado instrumentos utilizados.

Fuentes de datos/ medidas	8*	Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida	En método, apartado instrumentos utilizados.
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo	En método, análisis estadístico.
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral	No realizado.
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué	En método, apartado instrumentos utilizados.
Métodos estadísticos	12	(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión	En método, análisis estadístico.
		(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones	
		(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data)	En método, análisis estadístico.
		(d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo	
		(e) Describa los análisis de sensibilidad	
Resultados			
Participantes	13*	(a) Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados	En método, en apartado participantes.
		(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase	En método, análisis estadístico.
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo	
Datos descriptivos	14*	(a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión	En resultados, apartado perfil sociodemográfico de las participantes.

		(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés	
		(c) Estudios de cohortes: resuma el período de seguimiento (p. ej., promedio y total)	
Datos de las variables de resultado	15*	<i>Estudios de cohortes</i> : describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo	
		<i>Estudios de casos y controles</i> : describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición	
		<i>Estudios transversales</i> : describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen	En resultados, apartado 3.2.
Resultados principales	16	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos	En resultados, apartado 3.3.
		(b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos	
		(c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante	
Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)	
Discusión			
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio	En discusión, párrafo 3-7.
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo	En discusión, octavo párrafo.
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes	En discusión, párrafo 11.
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa)	En discusión, párrafo 12.
Otra información			
Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo	En método, en apartado diseño y procedimiento.

