

Curso académico 2015 / 2016

## **Análisis de escalas diagnósticas para la identificación del postparto blues**

Lierni Bazako Perez

Director/Zuzendaria  
Jesús Rubio Pilarte



## **RESUMEN**

*Introducción:* El postparto blues es una alteración que sufren hasta el 80% de las mujeres tras haber dado a luz aunque la gran mayoría de estos trastornos no son considerados ni siquiera como una patología psicológica. Se caracteriza por presentar síntomas depresivos leves, en la mayoría de los casos de manera transitoria y puede llegar a tener una duración de hasta dos o tres semanas tras el alumbramiento.

*Objetivo:* Analizar cuáles son las herramientas que se utilizan para diagnosticar el postparto blues.

*Metodología:* se efectuará una revisión bibliográfica obteniendo información de distintas bases de datos, seleccionando los artículos a partir de palabras claves y utilizando criterios de inclusión y exclusión.

*Resultados:* Se realiza la descripción y análisis de siete escalas distintas, exponiendo cuales son sus características, ventajas y desventajas. Tres de ellas evalúan la depresión postparto, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) y The Patient Health Questionnaire (PHQ) mientras las cuatro restantes sirven para identificar el postparto blues: Blues Questionnaire: Kennerley, Stein Blues Scale, Handley Blues Criteria y Escala del Blues Materno de Lima (EBML).

*Discusión:* Se realiza una comparación de las escalas teniendo como base la sintomatología que evalúa cada una de ellas.

*Conclusión:* Se identifica la escala más utilizada en el ámbito sanitario y la más empleada entre las escalas específicas, señalando cual es su mayor limitación; las escalas más utilizadas cuando se aplican de manera combinada y por último, la necesidad de realizar más estudios sobre las escalas del postparto blues.



# ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN .....	1
2.- OBJETIVOS .....	6
3.- METODOLOGÍA .....	6
4.- RESULTADOS .....	8
4.1.- RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA .....	8
4.2.- ESCALAS PARA LA DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO Y DEL POSTPARTO BLUES.....	12
4.2.1.- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) .....	13
4.2.2.- Postpartum Depression Screening Scale (PDSS).....	17
4.2.3.- The Patient Health Questionnaire (PHQ).....	19
4.2.4.- Blues Questionnaire: Kennerley .....	20
4.2.5.- Stein Blues Scale.....	22
4.2.6.- Handley Blues Criteria .....	23
4.2.7.- Escala del Blues Materno de Lima (EBML).....	24
5.- DISCUSIÓN .....	26
6.- CONCLUSIÓN .....	28
7.- REFLEXIÓN PERSONAL .....	30
8.- BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXO 1 - Resumen de los artículos utilizados .....	34
ANEXO 2 - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) .....	39
ANEXO 3 - Postpartum Depression Screening Scale (PDSS).....	41
ANEXO 4 - The Patient Health Questionnaire (PHQ) .....	44
ANEXO 5 - Blues Questionnaire: Kennerley.....	48
ANEXO 6 - Stein Blues Scale.....	51
ANEXO 7 - Escala del Blues Materno de Lima (EBML).....	53



## ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Estructura PIO y descriptores para la búsqueda .....	6
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión .....	7
Tabla 3. Resultados de búsquedas .....	10
Tabla 4. Artículos utilizados ordenados según evidencia científica.....	11
Tabla 5. Presentación de las escalas .....	12
Tabla 6. Análisis de la escala EPDS .....	16
Tabla 7. Análisis de la escala PDSS .....	18
Tabla 8. Análisis de la escala PHQ.....	20
Tabla 9. Análisis de la escala Kennerley .....	21
Tabla 10. Análisis de la escala Stein .....	22
Tabla 11. Análisis de la escala Handley .....	24
Tabla 12. Análisis de la escala EBML .....	25
Tabla 13. Síntomas evaluados en cada escala .....	26



## 1.- INTRODUCCIÓN

Durante el puerperio 8 de cada 10 mujeres padecerán alguna perturbación psicológica (1), ya que todas las mujeres experimentan cambios psicológicos, sociales y hormonales tanto en el embarazo como en el puerperio, siendo por tanto mucho más sensibles a desarrollar o padecer trastornos psíquicos (1). Incomprensiblemente, la gran mayoría de estas alteraciones no son consideradas ni siquiera como una patología psicológica, llegando incluso a atribuirse a las mujeres que se encuentran padeciendo algún tipo de disfunción psicológica una incapacidad y/o incompetencia para adaptarse o superar las diferentes situaciones que genera la maternidad (1). La razón de esta creencia errónea, con lo que ello supone para las mujeres que se encuentran en esa situación, está motivada fundamentalmente por la falta de información existente sobre esta realidad tanto en el ámbito sanitario como en la población en general, lo cual está originando que las mujeres que están sufriendo alteraciones psicológicas en este momento tan especial de sus vidas no puedan disponer de un diagnóstico correcto y por tanto, no puedan recibir el tratamiento adecuado para superar este trastorno (1).

Por lo tanto, la falta de información y preparación de un gran número de profesionales sobre los trastornos en el puerperio ocasiona que no puedan realizar diagnósticos precisos y adecuados con la consiguiente repercusión en la madre y en el recién nacido (2), por lo que se hace necesario que los trastornos en el puerperio dispongan de diagnósticos propios (2).

El postparto es un período de alto riesgo para la salud mental de la mujer (3). Se considera que existe patología puerperal si los síntomas aparecen dentro de las primeras 4 semanas desde el parto (4), aunque hay expertos que prolongan el plazo hasta 6 semanas después del puerperio (2).

La depresión postparto (DPP) es el trastorno psicológico con mayor prevalencia asociado al nacimiento (5, 6). La mayoría de estudios realizados evidencia que el 10-15% de las púerperas sufre depresión postparto (3, 7, 8, 9), aunque otros estudios elevan la cifra de mujeres afectadas hasta el 20% (4, 5, 10, 11, 12). La prevalencia de DPP depende de los criterios diagnósticos utilizados, así como del período de tiempo de observación, que suele estar entre las 4 semanas desde el alumbramiento hasta los 12 meses (2). La mayoría de las mujeres sufren síntomas depresivos durante los 3 primeros

meses (2, 12) si bien pueden alargarse hasta el primer año después del parto (2, 8), aunque el riesgo de presentar DPP es mayor durante el primer mes tras el nacimiento.

La depresión postparto puede tener graves consecuencias para las madres y padres en su relación así como para con el recién nacido (13), limitando a la mujer para realizar de manera eficiente su rol de madre (8). La depresión postparto también puede afectar en el desarrollo del recién nacido y en su comportamiento (13).

En los últimos años se ha reconocido internacionalmente la importancia de la detección precoz de la DPP (12), y de la necesidad de que los profesionales de la salud conozcan la realidad y tengan constancia de los casos de DPP, ya que ellos serán los que deberán realizar el seguimiento de las madres y de sus bebés en el puerperio (9). Por tanto, se justifica la necesidad de que el cuerpo de enfermería esté habilitado y preparado para detectar los casos de alteraciones psicológicas y poder encaminar a las mujeres que padecen este trastorno a los profesionales adecuados (9). Las enfermeras de las unidades maternas se encuentran en una posición inmejorable para poder realizar un cribado entre las púerperas y poder diagnosticar de manera precoz la DPP (12). Por otro lado, también enfermeras y personal médico de los centros de salud tienen un rol importante a desarrollar en la detección de la DPP para identificar a las madres fuera del ámbito hospitalario (3) ya que actualmente en la CAPV la estancia hospitalaria postparto se ha reducido a 24-48 horas, trasladándose este período y sus cuidados al domicilio familiar.

Sin embargo, el postparto blues o Baby blues (BB) ha sido considerado durante años como un fenómeno leve y banal, subclínico e incluso ni siquiera ha sido contemplado como un diagnóstico (4, 14, 15), y, gracias a la investigación desarrollada, se han conseguido evidencias de que el postparto blues no es únicamente una mala adaptación sino que es también un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental como puede ser la depresión postparto (15).

En los primeros días del postparto, hasta el 80% de las mujeres llegan a presentar síntomas depresivos (10, 14, 16). Estos síntomas transitorios son generalmente leves y se resuelven en unos pocos días (16) y es lo que se conoce como Baby blues (10).

La gran mayoría de los estudios sitúa la incidencia del postparto blues entre el 50-80% (1, 7, 17, 18), aunque hay estudios que lo establecen entre el 65-80% (5, 10), mientras que otros estudios valoran que entre un 26-85% de las púerperas lo padecen (11, 19).

Las diferencias que se encuentran en la incidencia del Baby blues son consecuencia de la utilización de instrumentos diferentes para el diagnóstico (11) al no existir un instrumento estandarizado en la actualidad.

El diagnóstico de Baby Blues, uno de los factores de riesgo más común que padecen las puérperas antes de desarrollar una depresión postparto (16), es una de las maneras de identificar de manera precoz la DPP (19).

La sintomatología que presenta el postparto blues es definida de la misma manera en la gran mayoría de los artículos. La sintomatología con la que se define el postparto blues es la labilidad afectiva, el llanto frecuente y ansiedad (1, 4, 5, 7, 17, 18, 19, 20). Asimismo se describen como síntomas del Baby blues la fatiga, el insomnio, los enfados, la tristeza, la irritabilidad (1, 4, 5, 7, 19, 20), los pensamientos negativos sobre la crianza del recién nacido (1, 6, 17), la pérdida de apetito (11, 18). Normalmente la sintomatología del Baby blues no suele tener la intensidad suficiente como para que sea necesario un tratamiento farmacológico (17).

Los síntomas no llegan a afectar a la funcionalidad y al cuidado del bebe (7, 17, 21), aunque en algunos de los artículos encontrados expresan que el BB interfiere en las funciones que desarrolla la mujer y que interfiere en el rol que ejerce como madre (10)

La mayoría de las mujeres comienzan a padecer los síntomas durante la primera semana tras el parto y de ellas 6 de cada 10 mujeres que sufrirán el BB comienzan con los síntomas el primer o el segundo día, mientras que a otro 25% se les manifestarán los síntomas entre el tercer y cuarto día, y a otro 13% de las mujeres les sucederá entre el quinto y el sexto día tras dar a luz (14). Aunque en muchos estudios realizados no hay concordancia en la duración de los síntomas y en su aparición, hay estudios que sitúan el comienzo entre los días segundo y cuarto (1) aunque otros muchos estudios exponen que el cuadro de síntomas aparece entre el tercero y quinto día tras el parto (5, 6, 17, 18, 19, 20, 21). Los síntomas desaparecen de manera espontánea al cabo de 10-14 días (5, 6, 7, 18, 20, 21, 22) según algunos estudios, mientras que otros los alargan hasta las tres semanas (1, 17, 18).

Si la sintomatología no desaparece en este período de tiempo, si se alarga más de 2-3 semanas desde el nacimiento del bebe y los síntomas del BB aumentan, significa que se está agravando y puede llegar a desarrollar una depresión postparto (1, 5, 11, 20, 21)

En cambio, en la sintomatología de la DPP aparecen síntomas como el insomnio o la hipersomnia, la agitación o la retardación psicomotora, la fatiga, los cambios de apetito, la baja autoestima, la culpabilidad, el descenso de la concentración, las ideas obsesivas sobre el cuidado del o la recién nacida (6, 10), ansiedad e incluso ideas suicidas (7, 11, 21), síntomas que afectan a la funcionalidad de la madre y al cuidado del bebe (5). Gran parte de los casos requieren tratamiento y supervisión del personal sanitario (19).

La sintomatología de la DPP suele empezar a manifestarse con mayor frecuencia en las primeras 2-4 semanas tras el alumbramiento (6, 7, 18, 21), y entre el 40-67% de las mujeres con DPP comienzan a padecer los síntomas sobre todo durante los tres primeros meses (5, 7, 11). No obstante, también se encuentran artículos en los que se expresa que la DPP puede darse inmediatamente tras el parto o al cabo de pocos días de haber dado a luz (1, 14). El período de tiempo en el que pueden darse a conocer los síntomas se alarga hasta los seis meses en algunos artículos (5, 19) mientras que en otros se alarga hasta un año tras el parto (1, 6, 7, 14,). Entre 3-7 mujeres de cada 10 pueden experimentar la depresión durante más de un año (7).

En los estudios actuales no se ha acabado de determinar cuál es la causa de la aparición del BB, aunque las hipótesis apuntan a los cambios hormonales, psicológicos y sociales que suceden al dar a luz (1, 21). En cuanto a los cambios hormonales se toman como causa ya que hay un descenso brusco de las hormonas tras haber estado en niveles muy elevados durante el embarazo, como los esteroides gonadales, el estrógeno (21) y la progesterona (6, 18), por lo que se cree que este descenso origina muchos de los síntomas del postparto blues.

Asimismo, los cambios psicológicos y sociales que debe afrontar la mujer después de dar a luz se cree que son otra de las causas de aparición del BB, cambios inherentes a la propia maternidad como son la responsabilidad, el cambio del rol social, el cambio de imagen corporal o el cambio en las relaciones interpersonales de la madre (21)

Además se han encontrado determinados factores de riesgo que pueden hacer que una mujer sea más vulnerable a padecer los síntomas del postparto blues (1). Se consideran factores de riesgo del BB padecer síntomas depresivos antes del parto o durante el embarazo, sufrir estrés por el cuidado del recién nacido, la discapacidad psicosocial, cambios de humor premenstruales o uso de anticonceptivos orales con cambios de humor y historial depresivo en la familia (6, 14, 21), el estrés del parto (21). Existen

también estudios que consideran los partos por cesárea como factor de riesgo (23), aunque también hay estudios que no han encontrado evidencias de que exista relación entre el tipo de parto y la posibilidad de desarrollar BB (20).

En algunos estudios se ha observado que hasta el 20% de los casos de postparto blues podrían desarrollarse hasta convertirse en depresión postparto (7, 15, 16, 17) por lo que se le considera uno de los grandes factores de riesgo de la DPP y uno de sus predictores (11, 18, 19).

Si se consiguiera identificar a las mujeres que padecen la sintomatología del BB y se les realizase un seguimiento durante las primeras semanas del puerperio, podría conocerse de manera precoz la mitad de los casos de DPP, ya que como se indica en los estudios analizados del total de mujeres que padecen el postparto blues un 20% desarrollará una depresión postparto (7, 15, 16, 17), es decir, un 10% de todas las puérperas.

A lo largo de la carrera he tenido la oportunidad de realizar prácticas con mujeres que se encontraban en el puerperio, tanto en el ámbito hospitalario como en el de la salud primaria, y cuando una mujer en esta etapa no mostraba las cualidades que se esperaban de ella, siempre se decía que no tenía madera de madre e incluso que no sabía nada del cuidado de un recién nacido, dando a entender que la madre estaba incapacitada para afrontar el cambio que produce la maternidad y que por lo tanto, no podría cuidar bien del bebé. En mi experiencia personal, nunca se tenía en cuenta que podrían existir otras razones para que esas mujeres se encontrasen en esa situación y nunca se les realizaba ninguna valoración psicológica complementaria.

Esta carencia observada con las mujeres que presentan esta dificultad para afrontar su maternidad es lo que me ha llevado a realizar este trabajo ya que hay más motivos que la incapacidad de una mujer o su falta de cualidades a la hora de hacer frente a la maternidad. En la sanidad de hoy en día el modelo biomédico está vigente y por esta razón se le da prioridad a la valoración física de la mujer, relegando a un segundo plano el aspecto psicológico, por lo que no se realiza una valoración integral. Sería imprescindible analizar las maneras de identificar el postparto blues y establecer una escala diagnóstica para tener controladas a las mujeres que lo padezcan, consiguiendo de esta manera aumentar la probabilidad de detectar patologías mayores de forma precoz, como puede ser la depresión postparto.

## 2.- OBJETIVOS

*Objetivo principal:*

- Analizar cuáles son las herramientas que se utilizan para diagnosticar el postparto blues.

*Objetivos específicos:*

- Identificar las escalas empleadas para el diagnóstico de la depresión postparto.
- Identificar las escalas específicas para el diagnóstico del postparto blues.
- Seleccionar la escala, que en base a la evidencia científica, sirva mejor para diagnosticar el postparto blues.

## 3.- METODOLOGÍA

Para elaborar el siguiente trabajo se va a realizar una revisión bibliográfica, realizando búsquedas de información relacionada con el problema que se concreta en un análisis crítico de los documentos científicos ya existentes sobre el síndrome blues en el postparto. Para ello se utilizará la estructura PIO.

<b>ESTRUCTURA</b>	<b>DECS</b>	<b>MESH</b>
<b>PATIENT( Puérpera + depresión postparto) Puérperas con depresión postparto</b>	<b>Depresión Postparto Baby blues Postparto blues Puérpera</b>	<b>Depression Postpartum Baby blues Postpartum blues Puerperal</b>
<b>INTERVENTION (Escala diagnósticas) Analizar las escalas diagnósticas del Baby Blues</b>	<b>Escala Diagnóstico</b>	<b>Scales Diagnosis</b>
<b>OUTCOM (Escala diagnósticas) Identificar las herramientas empleadas a la hora de diagnosticar el Postparto Blues</b>	<b>Escala de Evaluación de la Conducta</b>	<b>Behavior Rating Scale</b>

Tabla 1. Estructura PIO y descriptores para la búsqueda. Elaboración propia.

Los descriptores “Escala de Evaluación de la Conducta” y “Behavior Rating Scale” no fueron utilizados en las estrategias de búsqueda porque limitaban demasiado la misma y no permitían conseguir la información necesaria, razón por la que se omitieron las estrategias descritas en la tabla anterior.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definan los factores de riesgo para padecer el síndrome blues.</li> <li>- Que hablen de las escalas que se utilizan para el diagnóstico.</li> <li>- Definan lo que es el síndrome blues.</li> <li>- Que determinen como se diagnostica.</li> <li>- Estudios realizados hasta hace 5 años, en caso de que no hubiese la fecha de publicación se alarga hasta 10 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Idioma diferente a castellano o inglés.</li> <li>-Textos de pago.</li> </ul>

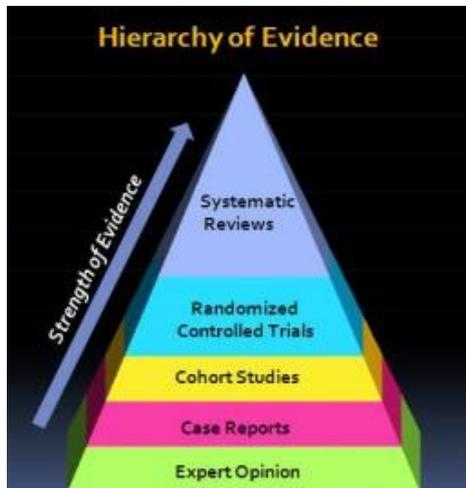
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Elaboración propia.

La búsqueda se va a realizar en las siguientes bases de datos; Pubmed, BVSalud, Dialnet, Cuiden, UpToDate, Aapsus, Index, UCM y UAM. En todas las bases de datos que lo permitan se realizarán búsquedas avanzadas y en todas se utilizarán los filtros descritos más adelante para delimitar la búsqueda. Después de que la información sea filtrada, se leerán los títulos y los resúmenes de los artículos encontrados, y de esta manera se observará si los artículos son adecuados para este trabajo. Posteriormente, los artículos que sean seleccionados se leerán por completo para conocer si tratan sobre alguno de los objetivos que tiene este trabajo. Utilizando los criterios de exclusión e inclusión de la tabla 2 y la lectura crítica, se decidirá que artículos serán utilizados en el trabajo. Los resultados de las búsquedas son los detallados en la tabla 3, resultados.

En caso de no encontrar información suficiente con las búsquedas que se realizarán en las bases de datos, se buscará información complementaria en otras páginas webs.

En relación a las palabras, los filtros que se van a utilizar serán que los textos se encuentren en inglés o castellano y con una antigüedad menor a cinco años. En caso de que no se encontrasen artículos suficientes o que no hubiese ningún texto, el filtro se ampliará hasta los diez años de antigüedad y si existiera la oportunidad, los textos deberán estar revisados.

Por último, la información seleccionada se clasificará según su nivel de evidencia y año de publicación, siguiendo para ello el método conocido como pirámide de Haynes, clasificando las fuentes que debemos utilizar para encontrar las mejores evidencias en función de su relevancia.



**Imagen1:** Clasificación de los tipos de artículos según su nivel de evidencia. Fuente: Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. Evidence – based medicine: hot to practice and teach EBM. 2ª ed. Edinburgo: Churchill Livingtone; 2000.

## 4.- RESULTADOS

### 4.1.- RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

La trayectoria seguida para conseguir los artículos que se han utilizado en el trabajo, se muestra en la tabla 3. Los datos representados en color azul indican los artículos obtenidos tras la utilización de los filtros anteriormente descritos. Los representados en color morado son los artículos obtenidos tras una primera lectura del título y resumen, aplicando a su vez los criterios de inclusión y exclusión arriba mencionados. Finalmente, los números en color verde representan aquellos artículos seleccionados tras realizar una lectura crítica (Tabla 3).

Los textos conseguidos tras los filtros y los criterios de inclusión fueron 436. De estos artículos se leyeron el título y la introducción de 100 de los artículos. Por último de estos artículos se analizaron por completo 42 artículos y se utilizaron 24 de los mismos para realizar el trabajo, siendo 18 de ellos revisiones bibliográficas y 6 de ellos ensayos clínicos aleatorios controlados.

Al finalizar las búsquedas se ha realizado una lectura crítica de la información adquirida, obteniendo 24 artículos con los que realizar el trabajo. Estos 24 artículos se ordenaron según el nivel de evidencia científica y año de publicación (Tabla 4).

Siguiendo el criterio utilizado en la tabla anterior, los artículos se ordenaron por nivel de evidencia y año de publicación, realizándose los resúmenes de los artículos encontrados que describiesen las escalas que se iban a tratar en el trabajo (Anexo 1).

Como se puede observar en la tabla 4, la mayoría de los artículos utilizados eran revisiones bibliográficas, las escalas que describían estos artículos eran de la depresión postparto en gran medida, y en el caso de los artículos que describían las escalas del postparto blues eran estudios clínicos en su gran mayoría. En el caso de las escalas del blues materno muchos de los artículos eran descartados por su antigüedad o por su reducido nivel de evidencia.

Bases de datos	Pubmed Medline	BVSalud	Dialnet	Cuiden	UpToDate	Aapsus	Index	UCM	UAB
Baby blues & Diagnosis	20 → 2 → 1	7 → 4 → 1	0	0	7 → 0	0	0	0	0
Baby blues & Scales	13 → 0	5 → 2 → 2	0	0	7 → 0	0	0	0	0
Postpartum Depression & Diagnosis	22 → 14 → 3	51 → 18 → 6	5 → 2 → 1	4 → 4 → 1	41 → 0	1 → 1	1 → 1	1 → 1	1 → 1
Postpartum blues	5 → 5 → 2	23 → 12 → 8	5 → 3 → 1	0	6 → 0	0	0	0	0
Postpartum blues & Scale	42 → 0	32 → 6 → 1	0	0	50 → 0	0	0	0	0
Postpartum blues & Diagnosis	3 → 3 → 2	34 → 6 → 3	1 → 0	0	6 → 2	0	0	0	0
Handley blues criteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stein maternity blues Scale	5 → 2 → 0	2 → 1 → 0	0	0	0	0	0	0	0
Escala del Blues Materno de Lima	0	2 → 2 → 2	2 → 2 → 2	0	0	0	0	0	0
Postpartum Depression Screening Scale	2 → 0	2 → 0	0	0	0	0	0	0	0
Postpartum Depression Screening Scale	17 → 8 → 1	10 → 4 → 0	3 → 3 → 0	0	0	0	0	0	0

Tabla 3. Resultados de búsquedas. Elaboración propia.

Tipo de evidencia científica	Artículo
Revisiones sistemáticas (18)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management (2015)</li> <li>2. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje (2015)</li> <li>3. Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment (2015)</li> <li>4. Screening for perinatal depression (2014)</li> <li>5. Depression Screening on a Maternity Unit: A Mixed-Methods Evaluation of Nurses' Views and Implementation Strategies (2014)</li> <li>6. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto (2013)</li> <li>7. Perinatal mental illness: definition, description and etiology. (2013)</li> <li>8. Screening for postnatal depression a summary of current knowledge (2013)</li> <li>9. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review (2013)</li> <li>10. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems (2013)</li> <li>11. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression (2013)</li> <li>12. Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale (2012)</li> <li>13. Actualizaciones en depresión postparto (2012)</li> <li>14. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician gynecologists (2011)</li> <li>15. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. (2011)</li> <li>16. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación (2011)</li> <li>17. Postpartum Depression DPP(2009)</li> <li>18. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. (2007)</li> </ol>
Ensayos controlados aleatorios(6)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comparative Performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for Screening Antepartum Depression (2014)</li> <li>2. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population (2014)</li> <li>3. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants (2014)</li> <li>4. Blues Materno en púerperas de Lima Metropolitana y Callao: validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009 (2009)</li> <li>5. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum (2009)</li> <li>6. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. (2008)</li> </ol>

Tabla 4. Artículos utilizados ordenados según evidencia científica. Elaboración propia

## 4.2. ESCALAS PARA LA DETECCIÓN DE LA DEPRESION POSTPARTO Y DEL POSTPARTO BLUES

Las escalas diagnósticas son utilizadas como herramientas de apoyo para la identificación de algún problema, valorando la frecuencia e intensidad de la sintomatología para poder realizar una evaluación que de paso a un juicio clínico realizado por un profesional.

En el caso de las escalas que van a ser analizadas algunas sirven para identificar la depresión postparto como EPDS, PHQ y PDSS, las cuales al poder ser utilizadas en las dos primeras semanas tras dar a luz, dan la oportunidad de reconocer la sintomatología del postparto blues e identificar a las mujeres que la sufren y realizar en estos casos un seguimiento más exhaustivo y poder detectar trastornos mayores de manera precoz (Tabla 5).

El resto de las escalas analizadas EBML, Stein Blues Scale, Handley Blues Criteria y Blues Questionnaire Kennerley sirven para la identificación del blues materno, medir su sintomatología y ayudar a un profesional de la salud a identificarla y diagnosticarla (Tabla 5).

Escala	Evaluación	Número de artículos	Nivel de evidencia
EPDS	Depresión postparto	15	15 revisiones sistemáticas 4 ensayos clínicos aleatorios
PDSS	Depresión postparto	4	4 revisiones sistemáticas
PHQ	Depresión postparto	3	1 revisión sistemática 2 ensayos clínicos aleatorios
KENNERLEY	Postparto blues	1	1 ensayo clínico aleatorio
STEIN	Postparto blues	1	1 ensayo clínico aleatorio
HANDLEY	Postparto blues	1	1 revisión sistemática
EBLM	Postparto blues	2	1 revisión sistemática 1 ensayo clínico aleatorio

Tabla 5. Presentación de las escalas, ordenadas por su importancia y utilización en el ámbito sanitario. Elaboración propia.

A continuación se realizó una descripción y análisis de las escalas en el orden en que se muestran en la tabla 5. En primer lugar se describieron las escalas de la depresión postparto y después las del postparto blues, el orden en el que aparecen las escalas es según su importancia y utilización en el ámbito sanitario.

### **4.2.1. - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

Es la escala más utilizada en el ámbito sanitario y la que más estudios realizados tiene para mostrar su validez. La EPDS es una escala concebida para identificar los síntomas depresivos que aparecen tras dar a luz y no para diagnosticar la depresión postparto (1, 3, 5, 8, 10, 16, 21, 23, 24, 25, 26, 27).

Esta escala fue creada por J.L.Cox en 1987 (12, 17, 23, 28) y está compuesta por 10 ítems, cada uno de los cuales se puntúa del 0 al 3, según la gravedad sintomática. La puntuación mínima que se puede conseguir es 0 y la puntuación máxima que se puede alcanzar es de 30 puntos (3, 5, 12, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 25, 26, 28). Los ítems 1, 2 y 4 se evalúan en la dirección de 0, 1, 2, 3, el resto de ítems se evalúan en la dirección inversa, es decir 3, 2, 1, 0 (23) (Anexo 2).

Los ítems que se analizan son los siguientes (25):

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| 1) Capacidad de reír    | 2) Anhedonia           |
| 3) Culpabilidad         | 4) Ansiedad            |
| 5) Ataques de pánico    | 6) Angustia (abrumado) |
| 7) Trastornos del sueño | 8) Tristeza            |
| 9) Llanto               | 10) Ideas suicidas     |

La escala evalúa los 7 días anteriores a la realización de la escala. La escala puede ser realizada desde el primer día después de dar a luz hasta las 6 semanas siguientes del alumbramiento, aunque hay estudios que alargan el período de tiempo en el que se puede realizar la escala hasta los dos meses tras el parto (16, 20, 26). También se recomienda realizar esta escala en los primeros dos o tres días tras haber dado a luz, o en la primera revisión pediátrica (7), que en el caso de CAV sería una semana después del alumbramiento. Volver a realizar la escala a las tres o cuatro semanas después del alumbramiento ayuda a distinguir si los síntomas anteriores eran consecuencia del blues materno o son síntomas de depresión postparto (7).

Todos los ítems que aparecen en la escala se pueden clasificar en dos grupos, los que tienen que ver con la tristeza y los que se refieren a la ansiedad (5, 7, 20). De los 10 ítems de la escala, 5 están relacionados con la disforia, 2 ítems con la ansiedad, 1 con el

sentimiento de culpa, otro con las ideas suicidas y el último ítem con las dificultades de concentración (5, 20).

Para algunos expertos, el punto de corte de la escala se encuentra en 12 puntos mientras otros lo sitúan en 13 (3, 5, 10, 12, 14, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26). Algunos estudios recomiendan que el punto de corte se situé en 13 puntos para poder identificar un trastorno depresivo (5, 14, 17, 18, 20, 24, 25, 26), mientras otros trabajos establecen el punto óptimo en la puntuación 12 para la depresión mayor, y 10 puntos para la depresión menor (3, 16, 23, 24 ). Ciertos estudios indican que si la escala se utilizará habitualmente el punto de corte debería bajar hasta los 10 puntos para poder identificar posibles síntomas depresivos (5, 7, 14, 16, 17, 20, 23, 24, 26) y que utilizando este punto de corte se consigue identificar al 90% de la mujeres con DPP (7). A las mujeres que presentan una puntuación de entre 5-9 puntos, que sufren síntomas depresivos sin ideación suicida o que padecen un deterioro funcional, se les vuelve a pasar la escala para volver a evaluarlas en un período de tiempo no superior a un mes (14).

Una de las ventajas del EPDS es que aunque la evaluación continua que se realiza no revele síntomas depresivos significativos, puede reflejar un resultado positivo y hacer que la evaluación se realice de forma más exhaustiva, y poder dar a conocer otros trastornos mentales, que no tienen por qué ser una depresión postparto (24, 25 ).

Otra de las ventajas del EPDS es que uno de los ítems evaluadores trata sobre el pensamiento de autolesión e ideas suicidas, permitiendo actuar con rapidez si la mujer a la que se ha pasado la escala presenta una puntuación superior a 0 en este ítem (24).

Se ha constatado que entre las mujeres que sufren el blues materno durante las dos primeras semanas o más tras dar a luz y que han dado una puntuación superior al punto de corte de 13 puntos, pueden ser identificadas de manera precoz, y en el caso de sufrir una depresión postparto se encuentren en evaluación (16). Las mujeres que no sufren el síndrome blues más de dos semanas no suelen alcanzar puntuaciones más elevadas que 12 puntos en EPDS (16).

Aunque la mayoría de estudios no refieren los mismos porcentajes de sensibilidad y especificidad, es interesante conocer los datos que ofrecen los mismos. Para unos, la consistencia interna de EPDS ha dado niveles aceptables de confiabilidad (25) en el medidor alfa de Cronbach, siendo la sensibilidad del 86%, la especificidad del 78% y un valor predictivo positivo del 73% en una puntuación de corte de 13 puntos (7, 12, 26).

En otros, la escala EPDS ha mostrado una sensibilidad del 88% y una especificidad del 92% para depresión mayor (19, 24), mientras que en el caso de España, donde el punto de corte se sitúa en 11 puntos, presentan una sensibilidad del 79%, una especificidad del 95% y un valor predictivo positivo del 63% (19). Otros estudios indican que la escala tiene una sensibilidad y especificidad de entre el 70-85% según el punto de corte que se utilice (27). Para otros, la consistencia interna que muestra la EPDS es del 0,79 y se encuentra en un nivel adecuado. (5, 19)

La EPDS no incluye ningún síntoma somático común que suele suceder normalmente en el puerperio, como pueden ser el insomnio y los cambios de apetito. (23, 24, 25, 26)

El tiempo aproximado que se requiere para realizar la escala EDPS es de unos 5 minutos, siendo la ventaja de la escala su facilidad para entender, realizar y puntuar. (7, 17, 23, 26, 27)

Se ha demostrado la eficacia de la escala tanto en el ámbito hospitalario como en la salud primaria, por lo que es una de las escalas más utilizadas para la identificación de los síntomas de la DPP hoy en día (17). Esta escala está traducida a varios idiomas y se ha comprobado que es válida para evaluar a mujeres de distintos ámbitos culturales (18, 20), y que puede ser usada tanto perinatalmente como postnatalmente (24, 25). La prevalencia según la escala es del 28% (25)

Como en todos los instrumentos que se utilizan para el diagnóstico o evaluación de un problema en la EPDS también se pueden dar falsos positivos y falsos negativos, por lo que la escala debe usarse como herramienta complementaria para un diagnóstico clínico (24, 25).

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica los síntomas de la depresión postnatal.</li> <li>- La escala está compuesta por 10 ítems, que se valoran de 0 a 3. Puntuación de 30 como máximo.</li> <li>- El punto de corte se sitúa entre 12 y 13 puntos.</li> <li>- La escala se puede realizar desde el primer día hasta las ocho semanas tras el alumbramiento.</li> <li>- Los ítems se pueden clasificar en dos grupos, los que están en relación con la tristeza y los de la ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La escala más utilizada hoy en día.</li> <li>- Se realiza una evaluación de manera continua.</li> <li>- Al ser de una semana el período que evalúa la escala, da la posibilidad de valorar si la mujer ha sufrido síntomas del postparto blues.</li> <li>- Identifica la consistencia interna, sensibilidad, especificidad y confiabilidad.</li> <li>- Gracias a los distintos puntos de corte da la posibilidad de identificar a las mujeres con sintomatología leve y grave.</li> <li>- Si se consigue una puntuación de 5-9, da a conocer que la mujer puede sufrir un deterioro funcional y la necesidad de seguir vigilando a la mujer.</li> <li>- Al tener un ítem sobre las ideas suicidas permite actuar con rapidez si la paciente consigue una puntuación mayor de 0 en este ítem.</li> <li>- Es una escala fácil de entender, realizar y puntuar, y no requiere mucho tiempo para realizarla.</li> <li>- Se ha demostrado su eficacia en distintos ámbitos sanitarios y con mujeres de diferentes culturas-</li> <li>- Puede realizarse tras el parto o antes del parto.</li> <li>- Está traducido a varios idiomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los ítems 1, 2 y 4 se evalúan en la dirección de 0, 1, 2, 3, el resto de ítems se evalúan en la dirección inversa, por lo que puede dar a error a la hora de realizar la valoración.</li> <li>- No está establecido un único punto de corte de la escala.</li> <li>- No evalúan síntomas somáticos, como el insomnio o los cambios de apetito.</li> <li>- Da la posibilidad de dar falsos positivos y negativos.</li> <li>- Los marcos temporales no están bien definidos, ya que unos estudios lo establecen las 6 primeras semanas y otros lo alargan hasta las 8 semanas.</li> </ul>

Tabla 6. Análisis de la escala EPDS. Elaboración propia.

## 4.2.2. - Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

La escala Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) es una herramienta utilizada para la detección de la depresión postparto, específicamente de la nuevas madres (26), creada por Beck & Gable en el año 2000. Es una escala formada por 35 ítems elaborados con la técnica de Likert (escala psicométrica, donde al responder a una pregunta de un cuestionario, se especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración) (19, 26). Dentro de esta escala se pueden diferenciar 7 dominios de la depresión postparto, siendo ésta una de las ventajas que ofrece el PDSS, ya que los dominios muestran la multidimensionalidad de la escala (24), dominios que se centran en el nuevo contexto en el que se encuentra la mujer, es decir, la maternidad. En cada dominio se describe un sentimiento que la mujer puede padecer después del parto. Cada dominio está constituido por cinco ítems. (19, 24, 26)

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| 1) Dormir / comer trastornos            | 2) Ansiedad / inseguridad |
| 3) Labilidad emocional                  | 4) Deterioro cognitivo    |
| 5) Pérdida de autoestima                | 6) Culpa / vergüenza      |
| 7) Contemplación de dañarse a uno mismo |                           |

Los ítems se califican de 1 a 5 puntos, donde 1 sería estar muy en desacuerdo y 5 en cambio, muy de acuerdo El período de tiempo que abarca la escala es de dos semanas (19, 24, 26) por lo que la escala puede ser realizada dos semanas después del parto para saber si la mujer ha sufrido síntomas depresivos leves, los cuales podrían ser significativos de sufrir postparto blues. Los expertos recomiendan que la escala sea realizada entre la segunda y la sexta semana tras dar a luz. (19)

La escala PDSS da a conocer una puntuación general sobre la DPP. La puntuación mínima que se puede alcanzar es de 35 y la máxima de 175. El punto de corte se encuentra establecido en 60 puntos, en caso de obtener una puntuación entre 60-79 puntos significa que la mujer a la que se ha realizado la escala presenta síntomas significativos de padecer una depresión leve. Si la puntuación conseguida es superior a 80 puntos expresa que la persona presenta depresión postparto mayor (19,24) (Anexo3).

Según la revisión de instrumentos de detección válidos realizado por Boyd, el PDSS tiene una sensibilidad de entre el 91%-94% y una especificidad de entre 72% -98% (15). Por medio de la gama de Threshold otros estudios consiguieron determinar el porcentaje

de sensibilidad y especificidad de esta escala, donde los datos que se consiguieron fueron que el límite de confianza es mayor en la sensibilidad que en la especificidad, tendencia que también se repite en la escala EPDS. Los valores que se consiguieron con esta gama fueron similares tanto para la sensibilidad como para la especificidad, encontrándose la sensibilidad entre 80 y 90 (26).

Completar esta escala solo requiere entre 5-10 minutos al ser un cuestionario breve, fácil de realizar, interpretar y realizar (24, 26). Dispone de un formato corto compuesto por las primeras siete preguntas de la versión larga, por lo que normalmente se realizan las dos versiones al mismo tiempo, con una puntuación de 7 a 35 puntos. Si la mujer que realiza la escala consigue entre 7-13 puntos significa que no presenta sintomatología significativa de la depresión postparto. En cambio, si la puntuación obtenida se encuentra entre 14-35 puntos, expresa que presenta sintomatología de depresión postparto. La desventaja de la versión corta en relación con la versión completa, es que no se pueden identificar los síntomas significativos que la paciente podría estar padeciendo (29).

El formato corto del PDSS se puede realizar en no más de uno o dos minutos, y se utiliza principalmente para determinar si la puérpera necesita una evaluación más especializada, o una evaluación realizada por un especialista (29).

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúa la depresión postparto.</li> <li>- Valoración en base a la técnica de Likert.</li> <li>- Los ítems se identifican en 7 dominios, teniendo cada uno de ellos 5 ítems.</li> <li>- Los ítems se valoran de 1 a 5, puntuación mínima 35 puntos y máxima de 175.</li> <li>- La versión corta puntúa de 7 a 35.</li> <li>- Se realiza entre la segunda y sexta semana tras el parto.</li> <li>- Punto de corte establecido en 60 puntos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de ítems evaluados (35)</li> <li>- La escala ofrece una multidimensionalidad de la depresión postparto.</li> <li>- Al ser de dos semanas el período que evalúa la escala, da la posibilidad de valorar si la mujer ha sufrido síntomas depresivos leves, señal del postparto blues.</li> <li>- Según la puntuación obtenida, los síntomas se pueden diferenciar por su gravedad. De 60-79 puntos síntomas depresivos leves. Superior a 80 puntos depresión postparto mayor.</li> <li>- Tiene definida la confiabilidad, sensibilidad y especificidad.</li> <li>- Tiene una versión corta que determina si la puérpera precisa una evaluación más especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La valoración al determinarse por el acuerdo o desacuerdo, puede ser objeto de subjetividad, y producir falsos negativos.</li> <li>- La versión corta en relación con la versión completa no identifica los síntomas significativos que la paciente podría estar padeciendo</li> </ul>

Tabla 7. Análisis de la escala PDSS. Elaboración propia.

### 4.2.3. - The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

La escala Patient Health Questionnaire se utiliza para identificar posibles trastornos depresivos, estableciendo la prevalencia de las posibles depresiones postparto en el 29%. Es una de las escalas más utilizadas junto con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. El PHQ-9 se utiliza para la identificación de trastornos depresivos, y se basa en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). (25)

Analiza las dos semanas anteriores a la realización de la prueba (16, 25). Se puede entregar dos semanas después de haber dado a luz y así, las mujeres que persistan con síntomas del postparto blues pueden estar identificadas, dando la oportunidad de poder hacer una detección precoz en caso de que aparezcan trastornos depresivos. El DSM-IV recomienda realizar la escala en las primeras cuatro semanas tras haber dado a luz, pero hay estudios que extienden este período un par de semanas más del postparto (7, 25)

En el PHQ-9 es necesario que las personas que realizan la escala indiquen la frecuencia con la que sufren los síntomas que se describen. La escala analiza las dos semanas anteriores de la persona que la realiza. Esta escala evalúa 9 síntomas depresivos, los cuales son (25):

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| 1) Anhedonia  | 2) Estado de ánimo depresivo   |
| 3) Insomnio o hipersomnía                                 | 4) Fatiga o pérdida de energía |
| 5) Alteraciones del apetito                               | 6) Culpa o inutilidad          |
| 7) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse |                                |
| 8) Agitación psicomotriz o retraso                        | 9) Pensamientos suicidas       |

Aunque la escala sea una de las más completas existentes, para los expertos presenta un gran defecto como es el que esta escala no aborde la ansiedad, uno de los síntomas más importantes de la depresión postparto (7).

El PHQ-9 se puntúa del 0 hasta el 27, y se valora según la frecuencia con que aparecen los síntomas que se evalúan, donde el 0 significa “nunca”, el 1 “varios días”, el 2 “más de la mitad de los días” y el 3 significa “casi todos los días”, siendo 0 la puntuación mínima que se puede conseguir y 27 puntos la máxima. El punto de corte se encuentra situado en los 10 puntos y si la puntuación que se alcanza es 10 o superior, significa que la persona sufre depresión postparto (25) (Anexo 4).

Se establecen cuatro categorías según las puntuaciones obtenidas en la escala, donde se considera que presenta (25):

- 1.- exhibición mínima de síntomas depresivos: puntuación entre 0-4.
- 2.- exhibición leve de síntomas depresivos: puntuación entre 5-9.
- 3.- exhibición moderada de síntomas depresivos: puntuación entre 10-14.
- 4.- síntomas depresivos moderadamente graves: puntuación igual o mayor a 15 puntos.

Algunos estudios muestran que la sensibilidad y la especificidad del PHQ-9 es del 88% para ambos criterios (25), aunque otros estudios estiman que es del 83% la sensibilidad de la escala, siendo estos estudios los que alargan el marco temporal en que se puede realizar la misma (7). La consistencia interna de PHQ-9 dio alfa de Cronbach de 0,81, por lo que la confiabilidad se sitúa en niveles aceptables (25).

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica posibles trastornos depresivos.</li> <li>- Basada en los criterios del DSM-IV</li> <li>- Realización entre la segunda y sexta semana tras dar a luz.</li> <li>- Evalúa 9 síntomas depresivos, según frecuencia.</li> <li>- Se puntúa de 0 a 3. Puntuación máxima 27.</li> <li>- Punto de corte, 10 puntos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una de las escalas más utilizadas hoy en día</li> <li>- Al ser realizada dos semanas después del parto permite identificar a las mujeres que persisten con los síntomas del postparto blues y realizar la detección precoz de trastornos depresivos.</li> <li>- Establece 4 categorías, según puntuación obtenida.</li> <li>- Identifica la sensibilidad, especificidad y confiabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La escala no aborda la ansiedad, síntoma muy importante de la depresión postparto.</li> <li>- Los marcos temporales en los que se puede realizar la escala no están bien definidos.</li> </ul>

Tabla 8. Análisis de la escala PHQ. Elaboración propia.

#### 4.2.4.- Blues Questionnaire: Kennerley

El Cuestionario Blues de Kennerley fue creado en 1989 de acuerdo a los métodos psicométricos y sistemáticos, siendo la escala que más se utiliza para medir el postparto blues durante la primera semana tras haber dado a luz. Los expertos recomiendan su realización día a día, durante los primeros 7-10 días tras el parto. La escala está formada por 28 ítems, cada uno de los cuales indica una sensación emocional, siendo ocho de ellos de sensaciones positivas y los veinte restantes de sensaciones negativas (20)

Para realizar la escala la mujer que está rellenándola debe indicar la respuesta “sí” cuando el sentimiento está presente durante el día y “no” si está ausente (20,). A la hora de valorar, a los ocho sentimientos positivos se les dan una puntuación de 0 si el sentimiento está presente y una puntuación de 1 si está ausente. Para los 20 ítems negativos se puntúa a la inversa, es decir, con un 0 si la sensación no se presenta durante el día y de 1 si está presente, por lo que la puntuación máxima que se puede alcanzar al realizar la escala es de 28 puntos el cual se expresa como un porcentaje, por lo que cuanto más alta sea esa puntuación mayor número de síntomas del postparto blues estará padeciendo la mujer (20) (Anexo 5).

Las mujeres que realizan esta escala son identificadas por padecer postparto blues si los valores medios porcentuales se encuentran por encima del pico marcado, es decir, la mitad de la puntuación que se puede conseguir en la escala. La identificación se puede realizar con el conjunto de los resultados obtenidos durante 5 días de la primera semana tras dar a luz, o se puede realizar con la puntuación obtenida en cada día, realizándose una media de los porcentajes que se obtienen. (20)

Kennerley y Gat realizaron un análisis de los distintos ítems que se miden en el cuestionario blues, obteniendo siete grupos diferentes de síntomas (20) (Anexo 5)

- 1) Síntomas del postparto blues primarios
- 2) Retraso
- 3) Hipersensibilidad
- 4) Descenso de la autoconfianza
- 5) Depresión
- 6) Abatimiento
- 7) Reserva

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúa sensaciones emocionales, 8 positivas y 20 negativas.</li> <li>- La escala se realiza durante los primeros 10 días tras dar a luz.</li> <li>- El punto de corte está establecido en la mitad de la puntuación que se puede conseguir (14 puntos) o porcentualmente (50%).</li> <li>- Los ítems se clasifican en 7 grupos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El número de ítems evaluados (28)</li> <li>- Evaluación continua (diaria)</li> <li>- Facilidad de respuesta (si o no)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al puntuar a la inversa las sensaciones positivas y negativas, pueden inducir a error a la hora de evaluar.</li> <li>- No aparece ninguna información sobre la confiabilidad, sensibilidad ni especificidad de la escala.</li> </ul>

Tabla 9. Análisis de la escala Kennerley. Elaboración propia.

## 4.2.5.- Stein Blues Scale

Escala de autoevaluación de 13 ítems, creada en 1980, que se utiliza para evaluar el blues materno. Los 13 ítems proporcionan las puntuaciones día a día, y su valor es diferente dependiendo del síntoma evaluado. La puntuación máxima que se puede alcanzar es de 26 puntos y la mínima 0 puntos. Si la suma de las puntuaciones de un día se encuentra entre 3-8 puntos, el postparto blues sería moderado, y si la puntuación alcanza 9 puntos o más, indican tristeza materna grave (18) ( Anexo 6).

Se han reportado niveles aceptables de fiabilidad y validez de esta escala.

Los 13 ítems que se evalúan son:

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1) Depresión 0-3               | 2) Llanto 0-4            |
| 3) Ansiedad 0-3                | 4) Tensión 0-2           |
| 5) Inquietud 0-2               | 6) Agotamiento 0-2       |
| 7) Sueño 0-2                   | 8) Apetito 0-3           |
| 9) Dolor de cabeza 0-1         | 10) Irritabilidad 0-1    |
| 11) Falta de concentración 0-1 | 12) Falta de memoria 0-1 |
| 13) Confusión 0-1              |                          |

La escala de Stein ofrece una valoración global de la gravedad de los síntomas para cada uno de los días y una puntuación media para toda la semana y puede realizarse las 3 primeras semanas tras el parto, ya que éstas son las semanas en las que se padece el postparto blues. La puntuación para los primeros 8 síntomas se indican por el número con un círculo y el número de opciones para cada síntoma varía dependiendo del ítem (18).

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evalúa los síntomas frecuentes del postparto blues, evaluando 13 ítems.</li> <li>- Entre 3-8 puntos, el postparto blues sería moderado, y a partir de 9 puntos grave.</li> <li>- La escala se puede realizar a lo largo de tres semanas tras el parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporciona evaluaciones diarias.</li> <li>- Los puntos de corte establecidos definen dos tipos de postparto blues.</li> <li>- Presenta niveles aceptables de fiabilidad y validez.</li> <li>- Cada síntoma evaluado presenta una puntuación diferenciada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al presentar puntuaciones diferenciadas por cada síntoma evaluado, se puede producir confusión con la puntuación.</li> <li>- No tiene definida la sensibilidad ni la especificidad.</li> </ul>

Tabla 10. Análisis de la escala Stein. Elaboración propia.

#### 4.2.6.- Handley Blues Criteria

Los criterios diagnósticos del Handley Blues Criteria (1991) presentan una tasa de prevalencia del 26%. El Handley Blues Criteria analiza los siguientes síntomas (11):

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 1) Ánimo disfórico     | 2) Llanto             |
| 3) Labilidad emocional | 4) Ansiedad           |
| 5) Insomnio            | 6) Pérdida de apetito |
| 7) Irritabilidad       |                       |

Esta escala valora los diferentes síntomas del postparto blues y en base a la misma, si la paciente llega a padecer cuatro o más síntomas de los siete que se describen en el Handley Blues Criteria (3 en la escala de 6 puntos) en el marco temporal de la primera semana tras el alumbramiento o incluso durante los 10 días después del parto significa que la paciente está sufriendo postparto blues (11). Los síntomas se evalúan respondiendo sí o no a los siguientes ítems, para saber si la mujer los ha padecido:

- El estado de ánimo disfórico durante al menos una parte de 1 día.
- Labilidad emocional (cambio del estado de ánimo).
- El llanto frecuente durante al menos 1 día.
- Ansiedad fácilmente percibida en la mujer.
- Insomnio, al menos 1 hora de retraso en la conciliación del sueño durante 3 días.
- Disminución del apetito.
- Irritabilidad notable en la mujer.

En estudios más recientes se han señalado otros síntomas del síndrome blues que podrían ser valorados para saber si una mujer padece postparto blues o no, tales como un bajo estado de ánimo, un estado mental tenso, desmesuradamente emocional, hipersensibilidad, muy irritable, agobiada por la crianza, baja de espíritu y llanto fácil, síntomas todos ellos que afectan de manera negativa después del parto (11).

El Handley Blues Criteria se recomienda realizar durante el tercer y el quinto día tras el alumbramiento, ya que los síntomas negativos que se analizan suelen llegar a su punto álgido durante estos días por el reajuste hormonal que sufre la mujer después del parto. Existen evidencias que muestran que los síntomas que se analizan se agravan en la primera semana después de dar a luz y que en la mayoría de las mujeres los síntomas mejoran gradualmente para el décimo o doceavo día tras el parto. Es recomendable

volver a realizar el análisis durante estos últimos días para conocer si los síntomas van disminuyendo o se van incrementando, en cuyo caso se debería de continuar realizando seguimientos a la mujer para poder seguir la evolución de la sintomatología, y en el caso de que aparezcan nuevas patologías se puedan detectar de manera precoz (11).

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valora los síntomas más frecuentes del postparto blues.</li> <li>- Evalúa 7 ítems y si se han sufrido los síntomas de manera individual.</li> <li>- Se padece el postparto blues si se sufren 4 o más síntomas de los expuestos en la escala.</li> <li>- La escala evalúa dentro de los 10 días tras el parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los marcos temporales que aparecen en los ítems están bien definidos.</li> <li>- Los ítems están muy especificados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque en los estudios recientes se hayan valorados otros síntomas frecuentes del postparto blues, no han sido incorporados a la escala, por lo que la misma no se encuentra actualizada.</li> <li>- Adolece de estudios suficientes por lo que no tiene definida la confiabilidad, ni la sensibilidad ni la especificidad.</li> </ul>

Tabla 11. Análisis de la escala Handley. Elaboración propia.

#### 4.2.7.- Escala del Blues Materno de Lima (EBML)

En la escala del Blues Materno de Lima (2009) se identifican los síntomas más relevantes del postparto blues para su evaluación, siendo su característica principal la puntuación continua, lo cual permite identificar el riesgo de padecer el postparto blues aunque no sirve como instrumento diagnóstico ya que lo que mide es el riesgo de padecerlo (15, 28). La escala debe realizarse a lo largo de los primeros días del puerperio (15).

Presenta 6 ítems para su evaluación:

- |                        |                  |
|------------------------|------------------|
| 1) Llanto              | 2) Tristeza      |
| 3) Angustia            | 4) Irritabilidad |
| 5) Labilidad del humor | 6) Fatiga        |

Para responder a cada ítem hay cuatro respuestas posibles y se valora según la frecuencia en la que se manifiesta los síntomas, donde 0 sería la puntuación que estaría en relación con la menor frecuencia y 3 cuando la frecuencia es alta (15) (Anexo 7).

Posee características psicométricas. La medición para el blues materno se encuentra en un rango de 0-18. La confiabilidad del cuestionario es óptima ya que su coeficiente Alfa de Cronbach se sitúa en 0.86, y se considera que este coeficiente debe encontrarse entre el 0.7-0.9 para que la confiabilidad se encuentre en niveles aceptables (15).

Esta escala precisa la realización de estudios que validen la puntuación resultante de la misma ya que no se han definido de manera concreta los puntos de corte que permitan clasificar y diferenciar a la población con bajo riesgo de la población con mayor riesgo (28). También hay que tener en cuenta como se considera al postparto blues, si como una patología o como un problema subclínico anterior. Si se considera como una patología en sí, el resultado de la escala nos daría que la mujer evaluada se encuentra en riesgo de desarrollar el blues materno. En cambio si el blues materno se considera como un estadio que precede a una patología de mayor severidad, se estaría evaluando el riesgo que tiene la mujer para desarrollar algún trastorno mental, normalmente trastornos de ansiedad o depresiones postparto (15, 28).

Asimismo, muestra la posibilidad de determinar que si una mujer presenta una puntuación alta en la escala EBML es que se encuentra en riesgo de no lograr un desarrollo pleno de la maternidad, lo cual podría acarrear con él otros problemas, como la infelicidad con la maternidad, poca afinidad con el o la recién nacida, problemas con la lactancia materna (28).

Además se ha de barajar la posibilidad de desarrollar alguna patología no sólo mental sino también orgánica en el medio o largo plazo por todos los problemas anteriormente mencionados. (28)

Características de la escala	Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica síntomas relevantes del postparto blues.</li> <li>- Cada uno de los 6 ítem se valora según la frecuencia con la que se manifiestan los síntomas de 0 a 3.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza una evaluación continua.</li> <li>- La confiabilidad del cuestionario es óptima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Precisa de estudios que determinen el punto de corte que permita clasificar la población de alto riesgo de la población de bajo riesgo.</li> <li>- Falta la sensibilidad y la especificidad.</li> <li>- No define el marco temporal en que se puede utilizar la escala.</li> </ul>

Tabla 12. Análisis de la escala EBML. Elaboración propia.

## 5.- DISCUSIÓN

Para facilitar la comparación y el análisis de las escalas existentes en esta materia se ha realizado una tabla basada en los síntomas valorados por cada una de ellas, representado en color morado aquellas escalas que evalúan el postparto blues y en color gris las que valúan la depresión postparto.

SÍNTOMAS VALORADOS	EPDS	PHQ	PDSS	Kennerley	Stein	Handley	EBML
Capacidad de reír	X						
Anhedonia	X	X		X		X	
Culpabilidad	X	X	X				
Ansiedad	X		X	X	X	X	
Ataques de pánico	X						
Angustia	X						X
Trastornos del sueño / Insomnio	X	X	X		X	X	
Tristeza	X			X			X
Llanto	X			X	X	X	X
Ideas suicidas/ dañarse a uno mismo	X		X				
Estado de ánimo depresivo		X		X	X		
Fatiga o pérdida de energía		X		X	X		X
Alteraciones del apetito		X	X		X	X	
Disminución de la capacidad para concentrarse		X		X	X		
Agitación psicomotriz o retraso		X					
Labilidad emocional			X	X		X	X
Deterioro cognitivo			X		X		
Pérdida de autoestima			X				
Hipersensibilidad				X			
Irritabilidad				X	X	X	X
Tensión				X	X		
Inquietud				X	X		
Dolor de cabeza					X		
Confusión					X		
Sentimientos positivos				X			

Tabla 13. Síntomas evaluados en cada escala. Elaboración propia.

Tras el análisis de las escalas se puede observar que la escala más utilizada, la más citada y con mayor número de estudios realizados es la escala EPDS, lo que determina que resulte ser la primera opción para la identificación tanto del postparto blues como de la depresión postparto, a pesar de no ser la escala que más sintomatología valora.

Analizadas las escalas específicas para el postparto blues y la escala EPDS la mayor diferencia que se observa es la falta de evaluación por parte de EPDS de síntomas somáticos identificados dentro de la sintomatología del postparto blues que son necesarios evaluar como pueden ser los cambios de apetito o el insomnio, así como la falta de valoración de otros dos síntomas que definen al postparto blues como son la irritabilidad y la labilidad emocional, los cuales si son valorados por todas las escalas específicas (tabla 13). Asimismo, la escala EPDS evalúa dos síntomas que no valoran ninguna de las escalas específicas al no ser sintomatología concreta del postparto blues, como son los ataques de pánico y las ideas suicidas.

En relación con las escalas que evalúan únicamente el postparto blues la realidad refleja que no tienen realizados estudios suficientes. Ejemplo de ello es que para la realización de este trabajo sólo se han podido obtener 5 artículos que tratan las escalas específicas, siendo 3 de ellos estudios aleatorios y 2 revisiones bibliográficas, lo cual resta fiabilidad a la hora de su utilización de manera individual ya que no se encuentran actualizadas o no están del todo contrastadas y además es necesario mencionar que el número de pacientes valoradas en los estudios aleatorios hallados no era amplio ya que entre todos los artículos se valoraron en total 1.178 pacientes.

Por otra parte, en el caso de las otras escalas que en su origen servían para evaluar la sintomatología de la depresión postparto se ha comprobado que también pueden ser utilizadas para evaluar el postparto blues, ya que según los artículos encontrados pueden ser realizadas dentro de las dos primeras semanas tras dar a luz e identificar la sintomatología del postparto blues, aunque no sean específicas para ello y les reste sensibilidad a la hora de identificar este trastorno. Al igual que en el caso de la escala EPDS, las otras escalas de la depresión postparto no evalúan dos de los síntomas del postparto blues, como son la irritabilidad y el llanto. La mayor ventaja de estas escalas es que se pueden seguir utilizando durante un período mayor que las específicas del postparto blues, dando por tanto la oportunidad de continuar la evaluación de las puérperas en un marco temporal más amplio, y con ello observar si el postparto blues sigue adelante o da paso a una alteración de mayor severidad.

Igualmente es necesario destacar el gran problema que afrontan las profesionales sanitarias a la hora de utilizar las escalas específicas, ya que aunque se encuentran validadas la falta de estudios suficiente hace que carezcan de información sobre las

mismas a la hora de identificar el postparto blues, por lo que su utilización en el ámbito sanitario es muy escasa. Mientras que en el caso de la utilización de las escalas propias de la depresión postparto al no ser específicas para el postparto blues pueden dar falsos negativos al no evaluar en concreto la sintomatología que se le atribuye y haciendo con ello que algunas mujeres queden sin identificar.

Por último, en la mayoría de los artículos encontrados no se presenta la opción de utilizar las escalas de manera combinada, aunque se encontró un estudio clínico que sugiere la unión de las escalas del postparto blues y las escalas de la depresión postparto para poder realizar una evaluación más integral de la mujer que se encuentra padeciendo esta alteración y prestarle la atención que necesita.

## **6.- CONCLUSIÓN**

A lo largo de este trabajo se han podido identificar siete escalas, de las cuales tres de ellas (EPDS, PHQ y PDSS) se utilizan para la identificación de la depresión postparto y las cuatro restantes (Blues Questionnaire Kennerley, Stein Blues Scale, Handley Blues Criteria y EBML) sirven para diagnosticar el postparto blues.

La escala EPDS es la escala más utilizada en el ámbito sanitario hoy en día aunque presenta limitaciones a la hora de su uso para la evaluación del postparto blues al no ser una escala específica para esta alteración, dando la oportunidad de diagnosticar falsos positivos y negativos. Por otra parte, al no evaluar en concreto la sintomatología que se le atribuye al postparto blues y valorar ciertos síntomas que no son específicos de este trastorno, puede llegar a perder sensibilidad a la hora de diagnosticarlo.

Entre las escalas específicas del postparto blues la más utilizada es la Blues Questionnaire Kennerley siendo además la escala que con 28 ítems mayor sintomatología abarca a la hora de la valoración por lo que es la más completa de las escalas específicas, aunque es de reseñar la desventaja observada en la manera de evaluar los ítems ya que se puntúan de manera contraria si la sensación es positiva o negativa, dando pie a errores a la hora de la evaluación. No obstante, según el nivel de evidencia de los artículos encontrados las escalas específicas más fiables serían las escalas Handley Blues Criteria y EBML.

La mayor limitación de las escalas específicas para la detección del postparto blues se encuentra en la escasa realización de estudios por lo que adolecen de una definición de la confiabilidad, la sensibilidad y la especificidad para la identificación del problema, restándoles fiabilidad a la hora de utilizarlas en el ámbito sanitario.

Ante ello, una de las opciones que se emplean en la actualidad es la utilización combinada de ambos tipos de escalas (postparto blues y depresión postparto), siendo la más aceptada la combinación de la escala Blues Questionnaire Kennerley y la Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS, siendo la única combinación que dispone de estudios realizados.

Por último, y con el objetivo de poder evidenciar la utilidad de las escalas específicas del postparto blues es necesaria la realización de un mayor número de investigaciones ya que el número de artículos que trabaja este tema es muy reducido y entre ellos la gran mayoría son estudios clínicos.

## **7.- REFLEXIÓN Y APORTACIÓN PERSONAL**

El haber realizado prácticas con puérperas me dio la oportunidad de observar que cuando una mujer no mostraba las características o cualidades que se esperaban de ella en esa etapa de la vida eran consideradas como incapaces de cuidar a sus recién nacidos/as de manera adecuada por las carencias que presentaban para afrontar la maternidad, sin considerar ni siquiera si podría existir alguna otra razón para que estas mujeres se encontrasen en esa situación, lo cual a mí me producía pena e inquietud, por lo que decidí informarme sobre las causas y las herramientas de identificación de las alteraciones psicológicas que aparecen en los primeros días tras el alumbramiento.

La causa principal de esta situación se halla en la prioridad que se da al estado físico de la puérpera dejando en un plano secundario el aspecto psicológico, haciendo con ello que los cuidados que reciban no sean integrales. Por otro lado, la falta de información y preparación de los y las profesionales sanitarias hace que estas patologías sigan sin identificarse, y por consiguiente sin tratar, dando opción a que patologías de mayor gravedad lleguen a etapas avanzadas sin haber sido determinadas.

Por lo tanto, es necesario adecuar las intervenciones sanitarias a la situación de las puérperas sin dejar ningún aspecto de los cuidados en un segundo plano, siendo para ello fundamental la formación de profesionales especializados en este campo para poder realizar identificaciones precoces e intervenciones adecuadas.

Asimismo y con el fin de mejorar la situación de las mujeres que sufren postparto blues sería conveniente aplicar las escalas de manera combinada, es decir, las escalas existentes para la detección de la depresión postparto o del postparto blues, tanto en las unidades de puérperas como en las de atención primaria.

## 8.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum* 2013; 27(3):185-193.
- (2) Adam G, Garcia-Esteve L, Subirà S. *Depresión postparto, hostilidad y hábitos de salud*. Barcelona 2014.
- (3) Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression--a summary of current knowledge. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2014 Feb 11;134(3):297-301.
- (4) Leddy M, Haaga D, Gray J, Schulkin J. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician-gynecologists. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011;32(1):27-34.
- (5) Dois CEMA. Actualizaciones en depresión postparto. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]* 2012[Fecha de acceso: 2016/02/05];38(4): 576-586. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
- (6) O'Hara MW. *Postpartum depression: Causes and consequences*. : Springer-Verlag, Berlin; 2013
- (7) Thurgood S, Avery DM, Williamson L. Postpartum depression (PPD). *J Appl Clin Med Phys* 2009;6(2):17-22.
- (8) Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33(8):1205-1217.
- (9) Tamires F, Nogueira AG, d'Ávila D, Vieira do Nascimento K, Ximenes, Rosemiro F, Muniz QL. Actuación de enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería Global [Internet]* 2013 [Fecha de acceso: 2016/02/07] ;12(29):404-419. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/151801>
- (10) Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chil* 2015;143(7):887-894.
- (11) Scrandis DA, Sheikh TM, Niazi R, Tonelli LH, Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. *ScientificWorldJournal* 2007 Oct 22;7:1670-1682.
- (12) Segre LS, Pollack LO, Brock RL, Andrew JR, O'Hara MW. Depression screening on a maternity unit: a mixed-methods evaluation of nurses' views and implementation strategies. *Issues Ment Health Nurs* 2014;35(6):444-454.
- (13) Holopainen A, Hakulinen-Viitanen T. New parents' experiences of postpartum depression-a systematic review of qualitative evidence. *\_JBI Database System Rev Implement Rep [Internet]* 2012 [Fecha de acceso: 2016/02/07]; 10(56 Suppl):249-258. Disponible en: <http://joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/266>

- (14) Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UpToDate [Internet] 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/05]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis>
- (15) Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N, Villanueva KQ, Camposano WH, Lecca EE, et al. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: Validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología* 2011;15(2):3-8
- (16) Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009;113(1):77-87.
- (17) García M. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. Madrid 2011.
- (18) Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci* 2014 Feb;76(1-2):129-138.
- (19) O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28(1):3-12.
- (20) Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci* 2008;22(2):186-195.
- (21) Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry* 2015;57(Suppl 2):S216.
- (22) Roy-Byrne P. Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment. UpToDate [Internet] 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/05]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues-and-unipolar-depression-prevention-and-treatment>
- (23) Matthey S, Lee C, Črnčec R, Trapolini T. Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Arch Womens Ment Health* 2013;16(2):117-122.
- (24) Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet] 2014[Fecha de acceso: 2016/02/09]; 28(1):13-23 Disponible en: <http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934%2813%2900126-0/abstract>
- (25) Zhong Q, Gelaye B, Rondon M, Sánchez SE, García PJ, Sánchez E, et al. Comparative performance of patient health questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *J Affect Disord*[Internet] 2014 [Fecha de acceso: 2016/02/08]; 162:1-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714001396>

(26) Petrozzi A, Gagliardi L. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems<sup>1</sup>). J Perinat Med 2013;41(4):343-348.

(27) Matijasevich A, Munhoz TN, Tavares BF, Barbosa, Ana Paula Pereira Neto, da Silva DM, Abitante MS, et al. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. BMC Psychiatry [Internet] 2014[Fecha de acceso: 2016/02/02];14(1):1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203969/>

(28) Contreras-Pulache H, Mori-Quispe E, Lam-Figueroa N. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación. Revista Peruana de Epidemiología 2011;15(2):2-3.

(29) Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK, et al. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Rockville (MD). Effective Health Program [Internet] 2013 [Fecha de acceso: 2016/02/16] Apr; No. 106. Disponible en: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?pageaction=displayproduct&productid=1438>

## Anexo 1 – Resumen de los artículos utilizados

Título del artículo	Resumen del artículo
1. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management (2015)	En esta revisión bibliográfica se describen cuales pueden ser las causas de los trastornos psicológicos en el puerperio. Asimismo, describe la depresión y la psicosis postparto y expone que el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas postnatales está infravalorado, por lo que analiza la importancia de la detección precoz utilizando para ello la EPDS. Por último reconoce que la valoración psiquiátrica en el puerperio debería ser obligatoria en la atención que se da en el postparto.
2. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje (2015)	En esta revisión se realiza una actualización de los métodos de prevención y tratamiento de la DPP, ya que el artículo da a entender que la mayoría de la información se centra en el tratamiento, haciendo una descripción de la escala EPDS. Habla sobre la importancia de la detección y el tratamiento precoz, teniendo en cuenta las consecuencias que puede acarrear que no se trate la enfermedad.
3. Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment (2015)	En este artículo se trata la prevención y el tratamiento tanto del postparto blues como de la depresión postparto. Define cada patología, haciendo para la depresión postparto hincapié en el tratamiento, mientras que para el postparto define como manejarlo cuando aparecen los síntomas. Describiendo la escala EPDS para la identificación de las alteraciones.
4. Screening for perinatal depression (2014)	Este artículo habla sobre la necesidad de establecer un cribado universal para la identificación de la depresión postparto y poder realizar intervenciones adecuadas al estado de la mujer. Para ello analiza las escalas EPDS y PDSS. Trata la importancia de la preparación de los y las profesionales para la detección, tratamiento y seguimiento de la patología.
5. Depression Screening on a Maternity Unit: A Mixed-Methods Evaluation of Nurses' Views and Implementation Strategies (2014)	El artículo describe las experiencias de las enfermeras que realizan los cribados de la depresión postparto en las unidades de maternidad, las estrategias que se utilizan, utilizando para ello escalas como el EPDS.

Título del artículo	Resumen del artículo
6. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto (2013)	En este artículo se analiza la prevalencia del postparto blues, la depresión postparto y la psicosis postparto. Analiza y define cada patología y cuales deben de ser las maneras de diagnosticarla y tratarla. También explica porque son hoy en día un problema en la salud pública. Trata la escala EPDS durante el artículo.
7. Perinatal mental illness: definition, description and etiology. (2013)	Este artículo define depresión, trastornos de ansiedad, psicosis postparto y tristeza postparto. Analiza cuales son los factores de riesgo para sufrir trastornos anímicos en el puerperio y como se pueden detectar los síntomas mediante el cribado, en este caso el Handley Blues Criteria. Por último muestra la importancia de la detección temprana y la gestión eficaz de los trastornos psiquiátricos perinatales y su necesidad tanto para la mujer como para el y la recién nacida y para el entorno de ambos.
8. Screening for postnatal depression a summary of current knowledge (2013)	Trata sobre la detección de la depresión postnatal utilizando como herramienta la escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), en combinación con sesiones de orientación con una enfermera del centro de salud. En este artículo, se proporciona un resumen de los conocimientos actuales de la depresión postparto y en los beneficios de la detección precoz de esta patología.
9. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review (2013)	En este estudio se evalúan las medidas de prevención que se pueden tomar para reducir la intensidad de los síntomas de la DPP, el tratamiento para la misma y las intervenciones que se pueden llevar a cabo. Al mismo tiempo también habla de las características de la Escala de Depresión de Edimburgo.
10. Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems (2013)	En este artículo se analiza la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), por ser el instrumento diagnóstico más utilizado hoy en día para la detección de la depresión postparto y que también puede ser utilizado para detectar los síntomas de ansiedad. Este artículo investiga la estructura de la EPDS, y cuál es la evolución de las mujeres que alcanzan puntuación altas desde los primeros días tras dar a luz.
11. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression (2013)	El artículo trata de describir los beneficios y las desventajas que pueden tener las herramientas diagnósticas y las estrategias utilizadas hoy en día para la detección de la depresión postparto. Para ésto analiza las escalas PHQ y EPDS.

<b>Título del artículo</b>	<b>Resumen del artículo</b>
12. Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale (2012)	Este estudio examinó los errores cometidos al evaluar la EPDS. La escala tiene elementos con puntuaciones a la inversa que puede aumentar la probabilidad de que se cometan errores. Se examinan cuales eran los errores más frecuentes cometidos para poder evitarlos. También se hace una descripción de la escala EPDS.
13. Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician gynecologists (2011)	En este artículo se evalúa la respuesta que dan los ginecólogos y obstetras a la hora de diagnosticar la DPP y que cribados realizan, cuáles son las barreras que se encuentran a la hora de diagnosticar la depresión postparto y como se pueden mitigar estas barreras diagnósticas.
14. Actualizaciones en depresión postparto (2012)	En este artículo se revisan los aspectos generales de la depresión postnatal. Analiza las estrategias que se pueden utilizar para la detección, utilizando la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo y cuáles son los tratamientos que se dan. Por último se hacen recomendaciones para los y las profesionales de la salud para que puedan afrontar este problema.
15. Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores psicosociales predisponentes. (2011)	Esta tesis doctoral describe los que es la depresión puerperal y lo que es el postparto blues, especificando la duración y la sintomatología de ambas alteraciones. Por otro lado también describe el método de identificación de la depresión postparto, para lo que realiza una descripción de la escala EPDS.
16. El Blues Materno. Contextualización, definición y presentación de un instrumento de evaluación (2011)	El artículo trata sobre el blues materno y la falta de consenso que existe en el momento de definirlo así como de crear medidas para que la atención sanitaria pueda intervenir de una manera universal. En este caso analiza la Escala del Blues Materno de Lima, define como evaluarla y los factores que aparecen en ella. También trata futuras líneas de seguimiento para la investigación del blues materno.
17. Postpartum Depression (2009)	El tema principal de este artículo es la DPP, pero al mismo tiempo define otras patologías psiquiátricas que se pueden sufrir tras dar a luz. Trata sobre las dificultades del diagnóstico y de las limitaciones que tienen los profesionales de la salud para realizarlo. También describe las escalas PHQ y EPDS. Por último trata la afección que puede tener el o la recién nacida ante la DPP y cuáles pueden ser los tratamientos para esta patología.

Título del artículo	Resumen del artículo
<p>18. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. (2007)</p>	<p>El artículo trata sobre la importancia de la identificación y el tratamiento de las mujeres que sufren trastornos de humor durante el puerperio ya que en muchas ocasiones no se le da la importancia suficiente a la sintomatología del postparto blues, y ésta puede ser una de las señales de inicio de la depresión postparto. Analiza como instrumentos de detección la EPDS y la PDSS y trata los factores de riesgo y los tratamientos que se pueden aplicar.</p>
<p>19. Comparative Performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for Screening Antepartum Depression (2014)</p>	<p>En esta revisión bibliográfica se evalúan las propiedades de las escalas EPDS y PHQ, realizando una descripción de las características y propiedades psicométricas de cada escala así como una comparación entre las dos escalas diagnósticas.</p>
<p>20. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population (2014)</p>	<p>En este artículo se analiza la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, tanto para el uso individualizado como para el de la población en general. Escala creada inicialmente para ayudar a los y las profesionales de la atención primaria. En este artículo se estudia su utilización y eficacia fuera del período postnatal determinado.</p>
<p>21. Blues Materno en puérperas de Lima Metropolitana y Callao: validación de un instrumento y factores asociados. Estudio multicéntrico en cinco hospitales, (2009)</p>	<p>En este artículo se intenta validar el instrumento de evaluación del Blues Materno, se analizan los factores biopsicosociales de las mujeres con postparto blues. Para ello se analiza la Escala del Blues Materno de Lima (EBML), estudiando su eficacia mediante estudios estadísticos. Analiza los factores que se evalúan en la escala.</p>

Título del artículo	Resumen del artículo
<p>22. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum (2009)</p>	<p>En este artículo se define el postparto blues y se estudia cual es la relación que tiene con los demás trastornos psiquiátricos que pueden darse tras el alumbramiento. También se investigan los factores demográficos, psiquiátricos y obstétricos que pueden afectar más o menos a las mujeres en el postparto blues. Para ello se analiza las escalas PHQ y EPDS.</p>
<p>23. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women (2009)</p>	<p>En este artículo se define el postparto blues y se analiza la relación que tiene con la depresión postparto. Para analizar la prevalencia del postparto blues y el riesgo de padecer depresión postparto las mujeres fueron evaluadas con la escala de blues de Stein en distintos momentos tras el alumbramiento para poder conocer el riesgo que tenían de padecer depresión postparto y para poder analizar la evolución del postparto blues.</p>
<p>24. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. (2008)</p>	<p>En este artículo se realiza un estudio para comparar diferentes herramientas para diagnosticar el postparto blues, la sintomatología que padecían y la detección del punto máximo de la misma, utilizando para ello la EPDS y el Cuestionario Blues. También analiza las puntuaciones que obtuvieron las mujeres que desarrollaron una depresión postparto en el Cuestionario Blues, para ver la relación entre el postparto blues y la depresión postparto.</p>

## **ANEXO 2 - Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

- a) Tanto como siempre
- b) No tanto como ahora
- c) Mucho menos
- d) No, no he podido

**2. He mirado el futuro con placer**

- a) Tanto como siempre
- b) Algo menos de lo que solía hacer
- c) Definitivamente menos
- d) No, nada

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

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, algunas veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nunca

**4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo**

- a) No, para nada
- b) Casi nada
- c) Sí, a veces
- d) Sí, a menudo

**5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno**

- a) Sí, bastante
- b) Sí, a veces
- c) No, no mucho
- d) No, nada

**6. Las cosas me oprimen o agobian**

- a) Sí, la mayor parte de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No, casi nunca
- d) No, nada

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

- a) Sí, la mayoría de las veces
- b) Sí, a veces
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

**8. Me he sentido triste y desgraciada**

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) No muy a menudo
- d) No, nada

**9. He sido tan infeliz que he estado llorando**

- a) Sí, casi siempre
- b) Sí, bastante a menudo
- c) Sólo en ocasiones
- d) No, nunca

**10. He pensado en hacerme daño a mí misma**

- a) Sí, bastante a menudo
- b) A veces
- c) Casi nunca
- d) No, nunca

*Puntuación:* a) = 0 puntos, b) = 1 punto, c) = 2 puntos, d) = 3 puntos. Por ejemplo, si eliges la primera respuesta, es 0 puntos y si es la última, 3 puntos. Suma la puntuación de las 10 preguntas.

Si sumas **más de 12 puntos**, hay una clara posibilidad de sufrir una depresión y es esencial consultar con el médico lo antes posible.

### ANEXO 3 - Postpartum Depression Screening Scale (PDSS)

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>Trastornos del sueño/alimentación</b>					
1. Tenía problemas para dormir aunque mi bebé estuviera durmiendo.	1	2	3	4	5
2. Perdí el apetito.	1	2	3	4	5
3. Me despertaba en la noche y tenía dificultad en volver a dormirme.	1	2	3	4	5
4. Me daba vuelta en la cama por largo tiempo, tratando de quedarme dormida.	1	2	3	4	5
5. Sabía que debía comer pero no podía.	1	2	3	4	5
<b>Ansiedad/inseguridad</b>					
6. Me ponía ansiosa por lo más mínimo que tuviese que ver con mi bebé.	1	2	3	4	5
7. Me sentía totalmente agobiada (harta).	1	2	3	4	5
8. Me sentía tremendamente nerviosa (quería escapar de mí misma).	1	2	3	4	5
9. Me sentía sola.	1	2	3	4	5
10. Sentía que tenía que seguir moviéndome de un lado a otro.	1	2	3	4	5
<b>Labilidad emocional</b>					
11. Sentía un sube y baja emocional.	1	2	3	4	5
12. Temía que jamás volvería a ser feliz.	1	2	3	4	5
13. Lloraba mucho sin razón.	1	2	3	4	5
14. He estado muy irritable.	1	2	3	4	5
15. Me sentía llena de rabia (ira) y a punto de explotar.	1	2	3	4	5

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>Deterioro cognitivo</b>					
16. Sentía que estaba perdiendo la razón.	1	2	3	4	5
17. No podía concentrarme en nada.	1	2	3	4	5
18. Pensé que me estaba volviendo loca.	1	2	3	4	5
19. Tenía dificultad aun para tomar una simple decisión.	1	2	3	4	5
20. Tenía dificultad para concentrarme en una tarea.	1	2	3	4	5
<b>Pérdida de autoestima</b>					
21. Tenía miedo de nunca volver a ser la misma de antes.	1	2	3	4	5
22. Empecé a desconocerme a mí misma.	1	2	3	4	5
23. Ya no sabía quién era yo.	1	2	3	4	5
24. Me sentía como si no fuera una persona normal.	1	2	3	4	5
25. No me sentía real (auténtica).	1	2	3	4	5
<b>Culpabilidad/Vergüenza</b>					
26. Sentía como si yo no fuera la madre que quería ser.	1	2	3	4	5
27. Sentía como si muchas madres fueran mejores que yo.	1	2	3	4	5
28. Me sentía culpable por que no podía sentir tanto amor como debiera por mi bebe.	1	2	3	4	5
29. Sentía que tenía que esconder lo que pensaba/sentía por mi bebe	1	2	3	4	5
30. Me sentía un fracaso como madre.	1	2	3	4	5

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>Perjudicando a la contemplación uno mismo.</b>					
31. Llegue a pensar que la muerte parecía ser la única solución.	1	2	3	4	5
32. Empecé a pensar que estaría mejor muerta.	1	2	3	4	5
33. Quería hacerme daño.	1	2	3	4	5
34. Creía que mi bebe estaría mejor sin mí.	1	2	3	4	5
35. Sentía que lo que quería era dejar este mundo.	1	2	3	4	5

## ANEXO 4– The Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

### PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

**a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

**b. Se ha sentido triste, deprimida o desesperada.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

**c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierta o duerme demasiado.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

**d. Se siente cansada o tiene poca energía.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

**e. Tiene poco o excesivo apetito.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

**f. Se ha sentido mal consigo misma, ha sentido que usted es una fracasada o ha sentido que se ha fallado a sí misma o a su familia.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

**g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

- h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieta o intranquila que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

- i. Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado hacerse daño de alguna forma.**

Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
-------	-------------	-----------------------------	---------------------

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
--------------	-----------------	-------------	------------------------

## PHQ-9: Hoja de registro de puntuación

Nombre de la paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

1. Indique con qué frecuencia le han afectado los siguientes problemas durante las últimas dos semanas. Lea atentamente cada inciso y encierre en un círculo su respuesta.

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Poco interés o agrado al hacer las cosas.	0	1	2	3
b. Se ha sentido triste, deprimida o desesperada.	0	1	2	3
c. Ha tenido problemas para dormir, mantenerse despierta o duerme demasiado.	0	1	2	3
d. Se siente cansada o tiene poca energía.	0	1	2	3
e. Tiene poco o excesivo apetito.	0	1	2	3
f. Se ha sentido mal consigo misma, ha sentido que usted es una fracasada o ha sentido que se ha fallado a sí misma o a su familia.	0	1	2	3
g. Ha tenido problemas para concentrarse en actividades como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
h. Se mueve o habla tan despacio que otras personas pueden darse cuenta. Está tan inquieta o intranquila que da vueltas de un lugar a otro más que de costumbre	0	1	2	3
i. Ha pensado que estaría mejor muerta o ha deseado hacerse daño de alguna forma.	0	1	2	3
<b>Total</b>				

2. Si marcó alguno de los problemas antes indicados en este cuestionario, ¿cuánto le han dificultado al realizar su trabajo, atender su casa o compartir con los demás?

Nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
0	1	2	3

## Cómo asignar puntuación al cuestionario PHQ-9

**Método de puntuación para el diagnóstico**      **Se sugiere síndrome depresivo mayor si:**  
 • 5 o más de los 9 incisos  
**Se sugiere síndrome depresivo menor si:**  
 • menos de 5

**Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento**      **Pregunta uno**  
 • Para calificar la primera pregunta, marque cada respuesta con el valor en número de cada respuesta:  
 Nunca = 0  
 Varios días = 1  
 Más de la mitad de los días = 2  
 Casi todos los días = 3  
 • Sume los números para obtener la puntuación total.  
 • Para interpretar la puntuación, utilice la siguiente guía:

Puntuación	Acción
<4	La puntuación indica que, probablemente, la paciente no necesita tratamiento para la depresión
> 5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas de la paciente y su trastorno funcional.
>15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos

### Pregunta dos

En la pregunta dos, la respuesta de la paciente puede ser una de las siguientes cuatro: Nada difícil, Un poco difícil, Muy difícil, Extremadamente difícil.

Las dos últimas respuestas sugieren que la funcionalidad de la paciente se ha visto afectada. Tras haber comenzado el tratamiento, el nivel de funcionalidad se evalúa nuevamente para ver si la paciente está mejorando.

## ANEXO 5 - Blues Questionnaire: Kennerley

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Días de postparto \_\_\_\_\_

A continuación se muestra una lista de las palabras que las parturientas han usado para describir como se sienten. Por favor, indique cómo se ha sentido hoy, con el control de sí o no. Entonces, por favor marque la casilla que mejor describe cuánto cambio existe, en su caso, de su estado habitual.

	No	Si	Mucho menos de lo habitual	Menos de lo habitual	Sin diferencia	Más de lo habitual	Mucho más de lo habitual
1) Llorosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Tensa mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Capaz de concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Bajo nivel de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Exaltada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Impotente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Encuentra dificultades para mostrar sus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Olvidadiza, embrollada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ansiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Deseando estar sola/ Aislamiento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Relajada mentalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Crianza del bebé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Sentir lástima de ti misma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Emocionalmente paralizada, sin sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Deprimida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Excesivamente emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Contenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No	Si	Mucho menos de lo habitual	Menos de lo habitual	Sin diferencia	Más de lo habitual	Mucho más de lo habitual
<b>19) Confiada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20) Variable es su estado de animo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21) Cansada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22) Irritable</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23) Llorar sin poder parar</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24) Animada</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25) Hipersensible</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>26) Altibajos en el estado de ánimo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27) Inquieta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>28) Calmada, tranquila</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Grupos de la sintomatología:

1. **Síntomas del postparto blues primarios**
  - llorosa
  - espíritu baja
  - ansiosa
  - más emocional
  - cansada
  - olvidadiza / embrollada
  - estado de ánimo variable
  
2. **Retraso**
  - capaz de concentrarse
  - alerta
  - animada
  
3. **Hipersensibilidad**
  - tensa mental
  - inquieta
  - más sensible
  - labilidad emocional
  
4. **Descenso de la autoconfianza**
  - confiada
  - relajada mentalmente
  - calmada
  
5. **Depresión**
  - crianza de las cosas
  - irritable
  - deprimida
  - llanto sin poder cesar
  - autocompasiva
  
6. **Abatimiento**
  - exaltada
  - feliz
  - impotente
  
7. **Reserva**
  - emocionalmente reservada
  - aislamiento social
  - emocionalmente paralizada, sin sentimientos.

## ANEXO 6 - Stein Blues Scale

- **Depresion:**
  - 0 Indica que no se siente triste
  - 1 Me siento un poco triste
  - 2 Me siento bastante triste
  - 3 Me siento muy triste
  
- **Llanto:**
  - 0 Indica que no se siente ganas de llorar;
  - 1 Me siento como si pudiera llorar, pero en realidad no he llorado;
  - 2 He derramado algunas lágrimas hoy;
  - 3 He llorado varios minutos hoy, pero menos de media hora;
  - 4 He llorado más de media hora.
  
- **Ansiedad**
  - 0 Indica que no se siente ansiosa
  - 1 Me siento un poco ansiosa
  - 2 Me siento bastante ansiosa
  - 3 Me siento muy ansiosa
  
- **Tension:**
  - 0 Indica que se sienta tranquila y relajada;
  - 1 Me siento un poco tensa;
  - 2 Me siento muy tensa.
  
- **Inquietud**
  - 0 indica que se sienta tranquila y relajada;
  - 1 Me siento un poco inquieta;
  - 2 Me siento muy inquieta.
  
- **Agotamiento**
  - 0 Indica que no se siente agotada;
  - 1 Me siento un poco agotada;
  - 2 Me siento muy agotada.
  
- **Sueño**
  - 0 Indica que no se sienta somnolienta;
  - 1 Me siento un poco somnolienta.
  - 2 Me siento muy somnolienta.
  
- **Apetito**
  - 0 Indica que no ha tenido cambios de apetito
  - 1 He tenido pequeños cambios de apetito
  - 2 He tenido bastantes cambios de apetito
  - 3 He tenido muchos cambios de apetito

- **Dolor de cabeza**  
1 Si está presente  
0 Si no lo es.

- **La irritabilidad**  
1 Si está presente  
0 Si no lo es.

- **La falta de concentración**  
1 Si está presente  
0 Si no lo es.

- **La falta de memoria**  
  
1 Si está presente  
0 Si no lo es.

- **La confusión**  
1 Si está presente  
0 Si no lo es.

## ANEXO 7 - Escala del Blues Materno de Lima (EBML)

ITEM	No en absoluto	No muy a menudo	Sí, bastante a menudo	Sí, casi siempre
He estado llorando frecuentemente porque me siento infeliz	0	1	2	3
Me he sentido triste y desafortunada	0	1	2	3
Me he sentido ansiosa y preocupada sin motivo	0	1	2	3
Me siento muy irritable	0	1	2	3
Siento que mi humor cambia de manera frecuente con cualquier cosa	0	1	2	3
Me fatigo fácilmente con cualquier cosa	0	1	2	3