



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

ABORDAJE NACIONAL DE LA DEPRESIÓN PERINATAL: REVISIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PRÁCTICAS ASISTENCIALES

Gisela Ortiz Conde

11 de diciembre de 2025

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la depresión perinatal, que abarca aquellos trastornos depresivos que aparecen durante el embarazo y el primer año tras el parto, supone un gran problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional. Esta afecta a la salud de la mujer, de su pareja y del bebé, teniendo un efecto importante en la formación del apego y, consecuentemente, el desarrollo social y emocional. Diversos estudios han demostrado que la depresión perinatal eleva la amenaza de parto prematuro, que el bebé nazca con bajo peso y futuros problemas de regulación emocional ^[1].

En España la prevalencia de síntomas depresivos en este periodo se encuentra entre un 14.8-23.4% en el periodo prenatal y un 26.7-30.3% en el posparto, según el Informe de consenso sobre depresión perinatal del Consejo General de la Psicología de España ^[2].

De acuerdo a los últimos estudios realizados a nivel nacional la frecuencia de síntomas de depresión durante el embarazo varía entre el 10 % y el 23 %, lo cual depende del método de evaluación utilizado y del trimestre de gestación analizado ^[3]. Si solo se consideran los casos que cumplen con los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, las cifras están alrededor del 4-5 % ^[2], siendo alrededor del 5% durante el embarazo, un 7,7% a las 6 semanas y

14.8% al año ^[3]. La prevalencia total de depresión perinatal en España se estima en aproximadamente el 15 % de las mujeres, cifra que es similar a la registrada en otros países de Europa ^[4].

En el periodo posterior al parto, las cifras parecen ser un poco más altas: diferentes investigaciones sitúan la depresión posparto entre el 12 % y el 18 % de las madres ^[5,6].

Estos números coinciden con la estadística internacional y respaldan la idea de que una de cada diez mujeres en España podría padecer depresión posparto con significación clínica. No obstante, se calcula que menos de la mitad de los casos y algunos informes estiman que hasta el 51 % de los casos no son detectados debido a la persistencia del estigma, la inexistencia de un cribado sistematizado y la limitada educación en el embarazo y posparto relacionada con la salud mental. Todo esto resalta la urgencia de implementar políticas de salud concretas que aseguren la identificación temprana, el cuidado completo y el apoyo idóneo para las mujeres afectadas ^[7].

También se ha encontrado que tener síntomas depresivos durante el embarazo es el principal factor de riesgo para desarrollar depresión después del parto. A esto se suman antecedentes personales de depresión, la falta de apoyo social, un nivel socioeconómico bajo y experiencias estresantes.

En general, la evidencia disponible sugiere que aproximadamente una de cada seis mujeres en España presenta síntomas depresivos significativos en el periodo perinatal, aunque una gran parte no recibe diagnóstico ni tratamiento. La detección temprana y la atención coordinada en atención primaria y obstetricia son vitales para disminuir el efecto de la depresión perinatal en la salud de las madres y los bebés, así como en el desarrollo psicosocial del niño.

Desde el enfoque de salud pública, la depresión durante el periodo perinatal tiene efectos que van más allá de la mujer afectada. Representa una carga significativa tanto en atención como en costes para el sistema de salud, eleva el riesgo de que los problemas emocionales se vuelvan crónicos y afecta al desarrollo psicosocial de los niños. Por esta razón, entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la European Region Office sugieren que se incluya la salud mental perinatal en los programas de salud para madres

e hijos y en la atención primaria, enfocándose especialmente en la prevención, la detección temprana y un enfoque colaborativo.

Son varios los documentos de relevancia nacional en los que se remarca la importancia de la salud mental perinatal en sus líneas estratégicas. Ejemplos de ello son el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 en su línea 6 (*Salud mental perinatal, de la infancia y de la adolescencia*) y la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026. Sin embargo, nuestro país todavía no dispone de un plan nacional específico dedicado a la depresión perinatal. Las iniciativas en este momento están divididas entre distintas comunidades autónomas y proyectos experimentales, generando desafíos para su abordaje: diferencia en el cribado, desigualdades regionales y falta de datos desglosados que den lugar a una correcta medición de la eficacia de las intervenciones ^[8].

En este marco, las entidades profesionales han jugado un rol importante en dar a conocer el problema y en abogar por un enfoque integral en la salud mental de las madres. La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) ha señalado recientemente la falta de profesionales capacitados y la ausencia de protocolos concretos para el tratamiento de la depresión tras el parto, enfatizando que muchas mujeres no reciben una evaluación ni un seguimiento apropiados. Además, destaca que las matronas, debido a su relación constante con las embarazadas y aquellas mujeres que han dado a luz, son esenciales para identificar a tiempo los síntomas de depresión, proporcionar educación en salud y ofrecer apoyo emocional durante el periodo posparto ^[9].

Por otro lado, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha agregado en sus guías clínicas la relevancia de considerar la salud mental perinatal como un aspecto fundamental de la atención obstétrica completa, sugiriendo el uso de herramientas de evaluación como la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) y la derivación temprana a servicios de salud mental si se sospecha de depresión posparto. Esta organización también ha resaltado la necesidad de formación especializada en salud mental perinatal para los profesionales de ginecología y obstetricia, puesto que el reconocimiento y la intervención a tiempo pueden mejorar significativamente los resultados clínicos tanto para las madres como para los recién nacidos ^[10].

El rumbo de la depresión durante el periodo perinatal en España encuentra varias trabas: la diversidad de los sistemas de salud regionales, la carencia de un cribado universal con herramientas validadas (como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo), la escasa colaboración entre los distintos niveles de atención y la falta de recursos específicos para madres que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social. Además, está el peso del estigma cultural relacionado con la figura de la madre ideal, que complica la búsqueda de apoyo profesional y empeora el problema de la detección insuficiente.

El propósito de este análisis es examinar las políticas públicas nacionales actuales relacionadas con la depresión perinatal y señalar las principales lagunas normativas y funcionales. Además, busca ofrecer propuestas para mejorar la detección precoz, garantizar una derivación apropiada y promover la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

OBJETIVOS

General:

Examinar las políticas públicas, planes de instituciones y acciones profesionales actuales en España sobre la depresión perinatal, con el objetivo de reconocer sus puntos fuertes, debilidades y posibilidades de mejora desde un enfoque de salud y bienestar público.

Específicos:

1. Revisar el marco normativo y estratégico nacional sobre la salud mental durante el periodo perinatal en España, incluyendo la Estrategia Nacional de Salud Mental (2022-2026), el Plan de Acción de Salud Mental (2025-2027) del Ministerio de Sanidad y el Proceso Asistencial Integrado – Embarazo, Parto y Puerperio de Andalucía.
2. Analizar la función de las profesionales de la salud y organizaciones, como la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), en la promoción y tratamiento.
3. Identificar los principales déficits y obstáculos que hay en el cuidado de la depresión perinatal, tanto en el ámbito institucional como en el asistencial.

METODOLOGÍA

Este trabajo se basa en una revisión de la literatura tanto descriptiva como analítica, con el propósito de analizar las políticas y estrategias públicas en torno a la depresión perinatal en España, desde un enfoque de salud pública.

Para ello, se llevará a cabo un análisis cualitativo por medio de una lectura crítica y posterior síntesis comparativa de una serie de documentos con relevancia en este campo a nivel nacional. Estos son los siguientes:

1. Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrat egia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
2. Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludM ental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.9.pdf
3. Guía de Asistencia Práctica “Control prenatal del embarazo normal” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
4. “Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento” de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME): <https://www.federacionmatronas.org/wp-content/uploads/2023/12/Como-superar-el-puerperio-y-no-rendirse-en-el-intento.-FAME.-2014.pdf>
5. “Matroguía del Puerperio” de FAME: https://apromap.com/wp-content/uploads/2024/01/MATROGUIA-PUERPERIO_FAME-1.pdf
6. Proceso Asistencial Integrado – Embarazo, Parto y Puerperio (4ª edición, 2025): https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2025/03/2025.03.24-PA_EMBARAZO_v7.pdf

ABORDAJE ACTUAL

El tratamiento de la depresión durante el periodo perinatal en España ha cambiado mucho en los últimos años, moviéndose hacia un modelo de atención integral, que involucra a diferentes disciplinas y que se enfoca en la mujer. Este método incluye la detección temprana, la psicoterapia y el uso de medicamentos

basados en evidencia, así como la colaboración entre los diversos niveles de atención.

Detección y cribado

Es importante tener en cuenta que desde la visita preconcepcional se tendría que estar alerta ante cualquier síntoma depresivo que nos pudiera indicar que la mujer está en riesgo.

Los datos del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y de la Guía de Práctica Clínica sobre atención durante el embarazo y el posparto sugieren la necesidad de hacer un análisis sistemático de síntomas depresivos con herramientas validadas como la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) o el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) ^[11]. Estas herramientas muestran buena sensibilidad y especificidad en la población española y se utilizan en programas de salud materno-infantil de varias comunidades autónomas.

La primera de ellas, EPDS (*Anexo 1*), consta de 10 preguntas con cuatro respuestas con puntuación de 0, 1, 2, 3 (siendo 3 el peor valor). Presenta un punto de corte ≥ 13 con alta especificidad para detectar depresión, mientras que un valor ≥ 10 indica sospecha y permitiría derivar de forma precoz a una unidad de salud mental. De igual modo, una puntuación que difiera de 0 en la pregunta 10 necesitará una evaluación especializada en 24 horas ^[12]. El segundo cuestionario, PHQ-9 (*Anexo 2*), es breve autoadministrado y evalúa la presencia y gravedad de síntomas depresivos según los criterios del DSM. Consta de nueve ítems puntuados de 0 a 3, con una puntuación total de 0 a 27, donde ≥ 10 indica depresión significativa. Permite clasificar la depresión de mínima a grave y se utiliza tanto para cribado como para seguimiento clínico. En el contexto perinatal, el PHQ-9 es útil para detectar depresión durante el embarazo y el posparto, aunque se recomienda complementarlo con escalas específicas para captar mejor las particularidades emocionales de esta etapa ^[13].

En lo que respecta a la depresión en el periodo después del parto, la Guía de Práctica Clínica del SNS recomienda utilizar el cuestionario de Whooley (*Anexo 3*) como cribado, cuya brevedad lo convierte en un instrumento especialmente útil en el puerperio al ser una etapa en la que la carga asistencial y el tiempo disponible suelen ser limitados. Este consiste en dos preguntas fundamentales

que exploran el estado de ánimo deprimido y la anhedonia durante las últimas dos semanas. En caso de respuesta negativa a ambas, se sugiere no seguir con el diagnóstico. Por el contrario, si la respuesta es afirmativa, se recomienda utilizar la EPDS para confirmarlo ^[14]. La GPC del SNS y la Matroguía de la FAME recomiendan emplearla en las 6 o 6-8 semanas posparto, respectivamente.

Un estudio realizado en 2018 comparó los diferentes cuestionarios que se emplean actualmente en el abordaje de la depresión perinatal enfocándose en sensibilidad y especificidad en el embarazo y periodo posparto.

Por un lado, Whooley mostró una sensibilidad del 85,0 % durante el embarazo y del 85,7 % después del parto con una especificidad del 83,7 % durante el embarazo y del 80,6 % después del parto.

Por otro lado, el EPDS, con un valor de corte ≥ 10 , obtuvo una sensibilidad del 82,5 % durante el embarazo y del 82,9 % después del parto, con una especificidad del 86,6 % durante el embarazo y del 87,6 % después del parto.

Todo esto llevó a la conclusión de que un enfoque de dos etapas (primero Whooley seguido del EPDS o PHQ-9) era la estrategia más rentable en sus modelos, señalando que la detección en una sola etapa por sí sola no era la más rentable y que ningún instrumento cumplía todos los criterios de detección ^[7].

Cabe destacar que el Consejo General de Psicología de España recomienda que este tipo de evaluación se incluya como parte normal de todas las revisiones prenatales y durante el posparto, para detectar de manera temprana a las mujeres en riesgo y facilitar su derivación a servicios de salud mental. No obstante, la forma en que se llevan a cabo estos protocolos puede variar según la comunidad autónoma, lo que provoca desigualdades en el acceso a la detección y a los tratamientos ^[2].

Intervención

Una vez se ha diagnosticado depresión se pasa a la intervención, que consta de dos variantes principalmente.

Por un lado, la psicoterapia se convierte en el pilar del tratamiento, particularmente en los casos leves-moderados. Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las intervenciones de apoyo psicosocial son muy eficaces en el periodo perinatal ^[15]. En el ámbito de la salud pública, se están desarrollando proyectos emergentes para integrar la psicología perinatal en los programas de atención materno-infantil, como el Programa de Atención Integral Materno Infantil del Hospital Clínic de Barcelona, que brinda atención coordinada en las áreas de obstetricia, psicología clínica y psiquiatría perinatal ^[16].

Por otro lado, nos encontramos con la intervención farmacológica, la cual se destina para casos moderados-graves o como segundo paso tras el fracaso de la psicoterapia. La prescripción de fármacos antidepresivos en embarazadas o en período de lactancia se analiza de manera personalizada, considerando tanto los riesgos como los beneficios para la madre y el bebé. Es importante resaltar que no se aconseja su empleo preventivo en aquellas mujeres que no presenten síntomas en la actualidad. Estadísticamente, los antidepresivos más recetados en España son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), considerados la primera opción debido a su perfil de seguridad relativamente bueno en este periodo ^[17].

Coordinación asistencial

El enfoque actual favorece un modelo de atención que incluye diversas disciplinas, involucrando a expertos en atención primaria, obstetras, matronas, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. La inclusión de la salud mental durante el embarazo y el posparto en los servicios de salud para madres e hijos se alinea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que buscan proporcionar un cuidado completo y continuo para la mujer y su bebé ^[18]. Asimismo, actualmente están en camino varios planes de prevención específicos para mujeres que presentan factores de riesgo, como antecedentes de problemas mentales, embarazos no planeados y escaso apoyo social. Sin embargo, informes recientes indican que sigue habiendo un marcado infradiagnóstico y barreras en el acceso a tratamientos psicológicos especializados ^[15].

Desafíos

Dentro de los retos más importantes en este ámbito se encuentran la desigualdad en los protocolos a nivel territorial, la falta de expertos en salud mental perinatal y la urgencia de extender el acceso a la psicoterapia en la sanidad pública. Establecer unidades perinatales integradas, capacitar a los trabajadores de la salud y aumentar la conciencia social son acciones clave para mejorar la atención a la salud mental perinatal en nuestro país.

ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO NACIONAL

En estos últimos años, se ha progresado a nivel nacional de manera notable en la creación de políticas públicas enfocadas en el apoyo y el cuidado de la salud mental. En este contexto, la salud mental en el periodo perinatal ha empezado a obtener atención particular en los planes estratégicos del Ministerio de Sanidad. Se destacan dos principales documentos que marcan las bases en el territorio español: la Estrategia Nacional de Salud Mental (2022-2026) y el Plan de Acción de Salud Mental (2025-2027) del Ministerio de Sanidad.

Por un lado, encontramos la Estrategia Nacional de Salud Mental, la cual fue aprobada por el Consejo Interterritorial en 2021, publicada por el Ministerio de Sanidad y presenta validez desde el año 2022 hasta 2026. Crea los fundamentos y las directrices que guían las acciones en salud mental en todo el país. Su propósito fundamental es fomentar la salud mental, prevenir alteraciones mentales, asegurar una atención completa y optimizar la colaboración entre servicios de salud asistencial y sociales.

A pesar de que la Estrategia no incluye un apartado destinado específicamente sobre la salud mental durante embarazo y postparto, sí menciona aspectos importantes para este tiempo dentro de las líneas estratégicas de salud mental infanto-juvenil, atención a las familias y promoción de la salud mental a lo largo del ciclo vital. Además, se destaca la relevancia de la detección precoz de los problemas de salud mental en mujeres, la formación continua en atención primaria, la intervención en la comunidad y la atención a grupos en situación de vulnerabilidad, que comprende a mujeres embarazadas y en periodo de postparto.

Igualmente, esta Estrategia resalta la equidad, la perspectiva de género y la continuidad asistencial. Esto puede servir como un marco normativo clave para el desarrollo futuro de políticas específicas en salud mental perinatal ^[19].

Por otro lado, el Plan de Acción en Salud Mental 2025–2027 fue expuesto por el Ministerio de Sanidad siendo parte de la Estrategia 2022–2026. Representa un avance al incluir una línea estratégica exclusivamente destinada a la salud mental durante el embarazo, la infancia y la adolescencia.

Asimismo, implanta acciones específicas para mejorar la atención y prevención en estas etapas, en colaboración con las comunidades autónomas. Entre estas destacan:

- La creación de grupos de trabajo de especialistas en salud mental perinatal que encargados de crear planes de prevención y protocolos de atención.
- La implantación de iniciativas de prevención y programas específicos para embarazadas y puérperas, sobre todo para las que tengan antecedentes de problemas mentales de gravedad.
- El fortalecimiento del personal y la capacitación distinguida en salud mental perinatal para personal de atención primaria, obstetricia, matronas y salud mental.
- La optimización de las redes de información y evaluación, con el objetivo de reunir datos consistentes que ayuden a planificar y medir el impacto de las intervenciones.

El Plan dispone de financiamiento específico (alrededor de 39 millones de euros en 2025), y su ejecución se organiza por medio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que asegura la colaboración de las diferentes comunidades autónomas ^[20].

Por lo tanto, se marca un progreso significativo ya que el marco estratégico actual logra identificar de manera expresa la salud mental en el periodo perinatal como un área clave para abordar y establece los principios para el desarrollo de programas uniformes en todo el país. Además, ayuda a incorporar la atención perinatal en las políticas generales de salud mental.

No obstante, todavía hay limitaciones y retos importantes a los que hacer frente. Algunos ejemplos son:

- La Estrategia 2022-2026 no cuenta con protocolos particulares para la detección y tratamiento de los problemas de salud mental durante el periodo perinatal.
- La ejecución de las acciones del Plan 2025-2027 se basaría tanto en los recursos y la organización de cada región, lo que podría provocar desigualdades entre territorios.
- Sigue existiendo una falta de profesionales especializados en psicología y psiquiatría para el periodo perinatal específicamente, complicando la expansión de las prestaciones.
- No se ha establecido un sistema nacional para registrar y monitorizar datos que facilite la posterior evaluación de forma consistente de prevalencia y resultados.

A nivel autonómico, en la comunidad andaluza, contamos con el Proceso Asistencial Integrado – Embarazo, Parto y Puerperio (PAI), que es un documento oficial destinado a mejorar la eficacia de las actuaciones clínicas mediante una mejor coordinación y asegurando la continuidad del cuidado ^[21].

Este se encuentra actualizado a su 4ª edición en 2025 y destaca la necesidad de realizar un cribado precoz de depresión durante la primera visita del embarazo, entre las semanas 8 y 10. Para ello se recomienda el uso de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), cuyo punto de corte ≥ 13 presenta una elevada especificidad para identificar posibles casos de depresión, mientras que un valor ≥ 10 permite un cribado más amplio gracias a su sensibilidad moderada. Dado que la sintomatología depresiva puede fluctuar a lo largo de la gestación, el PAI indica la conveniencia de repetir este cribado al menos una vez más durante el embarazo.

En consonancia con estas recomendaciones, se plantea una segunda evaluación en las semanas 24–26 mediante la misma escala, con el objetivo de detectar casos de inicio tardío o cambios clínicamente significativos en mujeres previamente evaluadas. Esta repetición favorece una detección precoz y un abordaje oportuno, elementos clave para la prevención de complicaciones emocionales maternas.

En el periodo puerperal, el PAI propone un cribado sistemático de depresión y ansiedad mediante instrumentos validados, nuevamente con preferencia por la

EPDS. Dado que la sintomatología posparto puede manifestarse en distintos momentos, se recomienda una evaluación periódica. En caso de resultado positivo, se debe facilitar el acceso a los servicios competentes para su valoración y manejo. Asimismo, se aconseja la implementación de intervenciones psicosociales o psicológicas durante el posparto, dado que muestran eficacia en la prevención y reducción de la depresión y la ansiedad maternas [22].

RECOMENDACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

Si ponemos el foco en el papel de los diferentes organismos internacionales implicados en este ámbito, encontramos tres principales: OMS, NICE y FIGO. En primer lugar, la OMS, en su documento, *Guide for integration of perinatal mental health* de 2022, propone un enfoque de salud pública: integrar cribado y atención perinatal en los servicios maternoinfantiles, capacitar personal no especialista, aplicar modelos escalonados de intervención (*stepped care*) y establecer sistemas de monitorización basados en indicadores. El informe insiste en la adaptación cultural y la sostenibilidad programática [23].

En segundo lugar, la NICE, en su guía *Antenatal and Postnatal Mental Health* (CG192), orienta prácticas clínicas concretas (herramientas de cribado, intervenciones psicológicas como primera línea en depresión leve-moderada, criterios claros de medicación y derivación), además de *Quality Standards* para asegurar plazos y calidad asistencial [24].

En tercer lugar, la FIGO promueve la inclusión de la salud mental en la atención obstétrica respetuosa, la detección temprana y la reducción del estigma, subrayando el papel del equipo obstétrico en la identificación y la derivación precoz [25].

COMPARACIÓN INTERNACIONAL: REINO UNIDO (NICE / NHS)

La política del Reino Unido es uno de los modelos de referencia en atención perinatal puesto que combina recomendaciones clínicas detalladas con estándares de calidad y rutas asistenciales integradas. La guía clínica de NICE “Antenatal and postnatal mental health” (CG192) establece:

1. Cribado y evaluación sistemática de salud mental en embarazo y primer año posparto.
2. Énfasis en la identificación precoz de factores psicosociales y riesgo (incluyendo violencia de género, aislamiento, enfermedad mental previa)
3. Uso de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia (por ejemplo, TCC e IPT) como primera línea para casos leves-moderados.
4. Criterios claros para la derivación a servicios especializados y para el manejo farmacológico cuando está indicado ^[26].

Además, el Quality Standard de NICE marca objetivos operativos (por ejemplo, plazos de evaluación y de inicio de tratamiento psicológico) para asegurar tiempos de respuesta (valor clave: evaluación en 2 semanas y comienzo de terapia en 6 semanas en muchos casos) ^[27]. El NHS ha articulado estas recomendaciones en rutas de atención perinatal que integran atención primaria, obstetricia y equipos de salud mental perinatal, y prevén inversión para desarrollar unidades especializadas cuando la demanda lo requiere ^[28, 29].

BRECHA RURAL VS URBANA

La evidencia internacional indica que la ruralidad se asocia con mayor riesgo y menor acceso a servicios perinatales de salud mental. Revisiones y estudios muestran prevalencias mayores de depresión posparto en áreas rurales y mayores barreras (distancia, escasez de especialistas, estigma en comunidades pequeñas). A la vez, revisiones sobre telemedicina e intervenciones digitales apuntan a eficacia moderada para reducir síntomas depresivos y mejorar acceso, aunque la calidad de la evidencia varía. Por ejemplo, una revisión de 2020 y meta-análisis recientes identifican un mayor riesgo en zonas rurales y recomiendan modelos híbridos (formación de personal local + telepsicología) como estrategia efectiva para reducir la brecha. Con estos resultados, se podrían establecer una serie de implicaciones prácticas concretas para España:

- Priorizar modelos híbridos: reforzar matronas en Atención Primaria de zonas rurales con formación específica en cribado y manejo básicos.

- Implementar y evaluar programas de telemedicina en CCAA con escasez de recursos humanos, garantizando acompañamiento y supervisión clínica.
- Incorporar medidas de accesibilidad (horarios flexibles, atención domiciliaria cuando sea necesaria) y evaluación específica de resultados por área geográfica para monitorizar desigualdades [30, 31, 32].

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Abordar la depresión perinatal desde una perspectiva de género implica reconocer cómo las normas, roles y desigualdades estructurales modulan riesgos y acceso. Elementos concretos: la norma cultural de la «buena madre» agrava el estigma, reduciendo la búsqueda de ayuda; la carga de cuidados no remunerados y precariedad laboral elevan la vulnerabilidad; la violencia de género es un determinante probado de peor salud mental perinatal (por tanto la detección de violencia debe integrarse en los protocolos); y las desigualdades interseccionales (origen migratorio, nivel socioeconómico, raza) producen variaciones de riesgo y resultados (ej.: datos UK muestran sobrerrepresentación de madres negras en hospitalizaciones por enfermedad mental perinatal). Incorporar la perspectiva de género requiere:

- Protocolos que incluyan evaluación de violencia/soporte social.
- Formación en enfoques no estigmatizantes.
- Políticas sociales que reduzcan la carga de cuidados (permisos, guarderías) [33, 34, 35].

Estas medidas están en línea con las recomendaciones OMS y NICE [23, 27].

PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y ORGANIZACIONES CIENTÍFICAS

La identificación, prevención y tratamiento de la depresión perinatal necesitan la colaboración conjunta de diversos profesionales de la salud y el respaldo de las organizaciones científicas y profesionales dedicadas a la salud reproductiva.

Dentro del Sistema Nacional de Salud, los trabajadores de la salud tienen una función muy importante. Las matronas, enfermeras, ginecólogos, psicólogos,

psiquiatras y pediatras son fundamentales para una identificación temprana y una atención completa. Su educación y conciencia sobre la salud mental durante el período perinatal son cruciales para asegurar un cuidado apropiado y comprensivo que favorezca la recuperación de la madre y el bienestar de la familia.

En primer lugar, cabe destacar que las matronas establecen el primer contacto con la mujer en el embarazo y el período de posparto. Su rol abarca tanto la educación en salud, la identificación temprana de síntomas depresivos y la remisión a especialistas si se requiere.

La Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) es una entidad profesional que reúne a las asociaciones de matronas de diversas comunidades autónomas. Su objetivo es proteger los intereses de la profesión y fomentar la excelencia en la atención de la salud sexual, reproductiva y perinatal.

En el campo de la salud mental perinatal, la FAME ha llevado a cabo varias iniciativas, incluyendo:

- La distribución de recursos educativos y campañas de concienciación enfocadas tanto a matronas como a la comunidad acerca de la detección temprana de la depresión posparto.
- La demanda de incorporar el bienestar emocional en los protocolos de seguimiento del embarazo y del posparto.
- La implicación en foros y talleres sobre salud mental perinatal del Ministerio de Sanidad y de organizaciones científicas relacionadas.

Mediante su perspectiva integral del cuidado, la FAME sostiene que el apoyo constante de la matrona de manera longitudinal (antes, durante y tras el parto) ayuda a disminuir el riesgo de depresión perinatal y a fortalecer la relación madre-hijo ^[36].

De igual manera, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) tiene un papel fundamental en el desarrollo de guías clínicas, recomendaciones y cursos formativos. En cuanto a la salud mental durante el periodo perinatal, ha publicado pautas clínicas sobre la detección de síntomas de ansiedad y

depresión en la consulta de obstetricia, sugiriendo que se incluya la evaluación psicológica básica en las revisiones habituales del embarazo y el postparto.

Además, fomenta la cooperación entre los diferentes profesionales de ginecología, psiquiatría, psicología y atención primaria, respaldando un modelo de atención holística. En sus cursos de formación y conferencias se tratan temas como la depresión después del parto, la ansiedad en el embarazo y los factores de riesgo psicosociales ^[37].

Los equipos de atención primaria, que incluye médicos de familia, enfermería y trabajadores sociales, desempeñan un papel crucial en el seguimiento de la mujer. Son aquellos que pueden reconocer elementos de riesgo psicosocial, llevar a cabo el cribado inicial y asegurar la continuidad del cuidado entre los diferentes niveles de atención sanitaria.

Como conclusión, la FAME promueve la atención holística y el soporte emocional a la mujer, mientras que la SEGO impulsa la integración sistemática de la salud mental en la práctica de obstetricia. Las dos organizaciones, junto al Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, participan en la creación de un modelo de atención perinatal que considera la salud mental como un elemento fundamental del bienestar materno y familiar ^[38].

EVIDENCIA ACTUAL SOBRE INTERVENCIONES PREVENTIVAS

La evidencia sistemática sostiene que las intervenciones psicológicas estructuradas son efectivas para prevenir y tratar la depresión perinatal, con mayor apoyo para modelos basados en terapia cognitivo-conductual (TCC) e interpersonal therapy (IPT). Revisión y meta-análisis muestran reducciones significativas de síntomas depresivos tras intervenciones psicológicas dirigidas a población perinatal.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

Múltiples meta-análisis muestran que la TCC reduce síntomas depresivos en el periodo perinatal (efecto a corto-medio plazo; la heterogeneidad metodológica

limita conclusiones sobre efectos a largo plazo). Evidencia robusta para uso como primera línea en depresión leve-moderada ^[39].

Interpersonal Psychotherapy (IPT)

Revisiones y metaanálisis indican eficacia tanto en prevención como en tratamiento; algunos análisis muestran que IPT puede presentar efectos tan buenos o mejores que TCC en poblaciones perinatales ^[40].

Intervenciones digitales (iCBT, apps, teleterapia)

Meta-revisiones recientes muestran efectos positivos en reducción de síntomas, especialmente cuando van acompañadas de algún nivel de apoyo profesional; la calidad metodológica de algunos estudios es variable, por lo que se recomienda evaluar y certificar aplicaciones antes de su despliegue masivo ^[41].

Visitas domiciliarias (home visiting)

La evidencia es heterogénea; los programas que incluyen componentes terapéuticos estructurados (TCC, psicoeducación y enlace a servicios) muestran beneficios, mientras que intervenciones generales de visita sin componente terapéutico consistente tienen resultados mixtos ^[42].

Grupos de apoyo y peer-support

Evidencia favorable en prevención y reducción de síntomas en grupos seleccionados; son una estrategia costo-efectiva para ampliar la cobertura ^[43].

Intervención	Evidencia	Comentario
TCC	Alto	Efectiva en corto-medio plazo para prevenir/tratar perinatal depresivo; requiere recursos humanos entrenados.

IPT	Alto-moderado	Eficacia demostrada; buena opción en prevención/tratamiento.
iCBT/Apps/Teleterapia	Moderado	Efectos positivos, especialmente con apoyo; heterogeneidad metodológica.
Home visiting	Moderado	Beneficio si incluye intervención psicológica; variable si sólo es seguimiento.
Peer-support	Moderado	Útil como complemento de alcance y apoyo social.

CAMPOS DE MEJORA

Aunque se han logrado progresos en el tratamiento de la depresión en el periodo perinatal en España, hay diversas áreas clave que necesitan mejoras para perfeccionar la atención sanitaria y disminuir la frecuencia de los problemas depresivos en mujeres que atraviesan esta etapa.

Cribado universal

Uno de los principales desafíos es la ausencia de un sistema generalizado para el diagnóstico de la depresión perinatal. Aunque algunas regiones ya están llevando a cabo pruebas de detección temprana, como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), las diferencias en la forma en que se aplican estos protocolos en distintas áreas afectan la cobertura y la igualdad en la atención. La evaluación debería formar parte de la práctica habitual en todos los centros de salud para asegurar que todas las mujeres, sin importar dónde se encuentren, reciban una valoración adecuada de su salud mental durante el embarazo y después del parto. Además, esta acción ayudaría a disminuir el infradiagnóstico,

Rutas asistenciales integradas para mejor coordinación AP – obstetricia – matronas – SM

La elaboración de rutas de atención integrada que incluyan atención primaria, obstetricia, matronas y profesionales de salud mental es fundamental para mejorar la coordinación entre diferentes niveles de servicio. En este momento, la división de los servicios complica el seguimiento constante y apropiado de las mujeres que sufren de depresión perinatal. La puesta en marcha de un modelo de atención integral, en el que los especialistas de diversas áreas colaboren de manera conjunta, facilitaría una respuesta más ágil y efectiva, mejorando tanto la calidad del servicio como los resultados para las mujeres y sus hijos.

Formación específica de sanitarios

Un área importante para mejorar es la formación específica en salud mental perinatal para los profesionales de la salud. Aunque algunas organizaciones, como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), han empezado a incorporar la salud mental en sus cursos de formación, es fundamental que la enseñanza sobre salud mental perinatal sea más accesible y uniforme para todos los trabajadores de la salud, incluyendo médicos de atención primaria, ginecólogos, matronas, psicólogos y psiquiatras. La formación en la detección temprana, el tratamiento adecuado y el manejo de la depresión perinatal debe ser una prioridad tanto en la educación de los nuevos profesionales de la salud como en la actualización de aquellos que ya están ejerciendo.

Indicadores y sistemas de evaluación nacionales que midan resultados y orienten futuras políticas

Finalmente, es crucial establecer indicadores y sistemas de evaluación a nivel nacional que faciliten la medición de los resultados de las políticas y programas dedicados a la salud mental durante el período perinatal. La falta de un sistema bien estructurado para la evaluación restringe la capacidad de supervisar el efecto de las intervenciones, realizar ajustes a los programas actuales y guiar las decisiones políticas en el futuro. La implementación de medidas nacionales para

la identificación, tratamiento y seguimiento de la depresión perinatal crearía una base de datos confiable que permitiría señalar vacíos en la atención, analizar la efectividad de las políticas y elevar la calidad de los servicios de salud pública en este sector.

CONCLUSIÓN

La depresión perinatal representa un problema de salud pública con alta prevalencia y un significativo impacto en la salud de la madre, el niño y la familia. En España, la planificación nacional se organiza mediante una serie de documentos estratégicos y asistenciales que, a pesar de su enfoque avanzado, todavía presentan significativos desafíos operativos. La Estrategia de Salud Mental 2022–2026 considera la salud mental perinatal como un área prioritaria, fomentando la identificación temprana, la atención integrada y la disminución del estigma. De manera complementaria, el Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027 especifica estas pautas a través de estrategias enfocadas en facilitar el acceso, fortalecer los recursos comunitarios y crear programas de apoyo emocional en la gestación y el periodo posparto.

En el contexto autonómico, el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Embarazo, Parto y Puerperio en Andalucía se erige como uno de los marcos más exhaustivos de España, incluyendo cribados estandarizados, rutas de derivación y un enfoque multidisciplinario que promueve la detección temprana y el seguimiento de la depresión perinatal. Simultáneamente, las sociedades científicas —tales como FAME y SEGO— ofrecen directrices y sugerencias clínicas que refuerzan las habilidades profesionales y promueven la implementación de buenas prácticas fundamentadas en la evidencia.

Las organizaciones convergen en tres ejes: (1) integración en la atención rutinaria materna, (2) formación y uso de personal no especialista en etapas tempranas, y (3) indicadores y financiación para la sostenibilidad del servicio. Estas recomendaciones son aprovechables para la construcción de un Plan Nacional Perinatal en España con componentes medibles.

La evidencia científica más reciente defiende centrarse en las medidas preventivas que se centran en priorizar TCC/IPT en la oferta pública, integrar modalidades digitales validadas como complemento, y diseñar visitas

domiciliarias con componente psicoterapéutico cuando se busque impacto clínico real.

A pesar de los progresos de los últimos años, siguen existiendo retos como la desigualdad en la implementación entre comunidades autónomas, la variabilidad en la formación profesional y la escasa disponibilidad de recursos especializados en salud mental perinatal. Para lograr un enfoque efectivo, es necesario uniformar los protocolos de cribado, fortalecer la capacitación especializada, optimizar la colaboración entre profesionales y crear sistemas de seguimiento que faciliten la evaluación de los resultados en salud. La integración de políticas nacionales, planes operativos, prácticas de atención y liderazgo profesional es esencial para asegurar una respuesta uniforme y eficaz a la depresión perinatal en el Sistema Nacional de Salud.

ANEXOS

Anexo 1

ANEXO 1 - HERRAMIENTA DE TAMIZAJE

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (<i>J Psychosom Obstet Gynecol</i> 1995; 16: 187-91)	
ESCALA DE EDIMBURGO	
Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.	
En los últimos 7 días:	
1) <i>He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas:</i> tanto como siempre no tanto ahora mucho menos ahora no, nada	6) <i>Las cosas me han estado abrumando:</i> sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
2) <i>He disfrutado mirar hacia delante:</i> tanto como siempre menos que antes mucho menos que antes casi nada	7) <i>Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, a veces no con mucha frecuencia no, nunca
3) <i>Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, a veces no con mucha frecuencia no, nunca	8) <i>Me he sentido triste o desgraciada:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, bastante a menudo no con mucha frecuencia no, nunca
4) <i>He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:</i> no, nunca casi nunca sí, a veces sí, con mucha frecuencia	9) <i>Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:</i> sí, la mayor parte del tiempo sí, bastante a menudo solo ocasionalmente no, nunca
5) <i>He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:</i> sí, bastante sí, a veces no, no mucho no, nunca	10) <i>Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:</i> sí, bastante a menudo a veces casi nunca nunca

Anexo 2

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9) + 3

Lista de los Nueve Síntomas para Revisión de la Depresión

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia ha experimentado los siguientes síntomas?

PREGUNTAS	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Conteste las preguntas 1-9 Inicialmente y después todos los Puntos de Decisión Crítica (PDC)	0	1	2	3
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	0	0	0
2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza	0	0	0	0
3. Tener problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado	0	0	0	0
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	0	0	0
5. Poco apetito o comiendo demasiado	0	0	0	0
6. Sentir falta de amor propio o pensar que es un fracaso o fallarle a usted mismo o a su familia	0	0	0	0
7. Tener dificultad en concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	0	0	0
8. El moverse o hablar tan despacio que otras personas a su alrededor se dan cuenta; o todo lo contrario, que cuando está nervioso/a o inquieto/a usted se mueva muchísimo más de lo normal.	0	0	0	0
9. Pensamientos de que pudiera estar mejor muerto o hacerse daño a sí mismo. (Si contestó afirmativamente, complete la Evaluación de Riesgo de Suicidio)	0	0	0	0
PHQ-9 Scoring Formula				
# Symptoms	X 0 =	X 1 =	X 2 =	X 3 =
Per Category	+	+	+	=
PHQ-9 Total Score: _____				
10. Si contestó afirmativamente a cualquiera de los problemas en el cuestionario, ¿cuánta dificultad le han causado estos problemas en el trabajo, al atender su hogar o llevarse bien con otras personas? <input type="checkbox"/> Ninguna Dificultad <input type="checkbox"/> Alguna Dificultad <input type="checkbox"/> Mucha Dificultad <input type="checkbox"/> Muchísima Dificultad				
COMPLETE LAS PREGUNTAS 11 Y 12 SOLAMENTE EN LA VISITA INICIAL				
11. ¿En los últimos dos años, se ha sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, a pesar de sentirse bien en otras ocasiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
12. ¿Ha habido un periodo, de al menos cuatro días, en los que se sentía tan feliz, con demasiada energía o tan irritable que se metió en problemas, o su familia o amigos se preocuparon o el médico le dijo que se encontraba en un estado maniaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Número de Teléfono: _____ ¿Se puede dejar mensaje? SI or NO Nota: _____				
Medication: _____ Dose: _____ Frequency: _____				
1 st copy to Medical Record		2 nd copy to Initiate Phone Protocol		

Anexo 3

A. ¿Durante los últimos treinta días se ha sentido frecuentemente desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?

B. ¿Durante los últimos treinta días ha sentido frecuentemente poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?

BIBLIOGRAFÍA

1. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
2. Rodríguez-Muñoz MF, Motrico E, Míguez MC, Chaves C, Suso-Ribera C, Duque A, et al. Perinatal depression in the Spanish context: consensus report from the General Council of Psychology of Spain. *Clin Salud.* 2023;34(2):51-63. doi:10.5093/clysa2023a15
3. Míguez MC, Vázquez MB. Prevalence of Depression during Pregnancy in Spanish Women: Trajectory and Risk Factors in Each Trimester. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(13):6789. doi:10.3390/ijerph18136789
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.
5. Martínez-García E, Rodríguez-López S, García-Pérez A. Depresión posparto en mujeres españolas: prevalencia y factores de riesgo. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91(2):e201703015.
6. Ortega-Cano A, Romero-González M, García-Valverde I. Prevalencia y predictores de depresión posparto en una cohorte española. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(7):3456. doi:10.3390/ijerph18073456
7. Littlewood E, Ali S, Dyson L, Keding A, Ansell P, Bailey D, et al. Identifying perinatal depression with case-finding instruments: a mixed methods study (BaBY PaNDA). *Health Serv Deliv Res.* 2018;6(6):1-210. doi:10.3310/HSDR06060
8. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027. Gobierno de España; 2023.
9. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). FAME denuncia que hay pocos profesionales que atienden la depresión posparto. RTVE Noticias. 2025 Mar 5.
10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo de asistencia obstétrica: salud mental perinatal y cribado de depresión posparto. Madrid: SEGO; 2023.

11. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad; 2014.
12. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
13. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
14. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-45.
15. De Salazar Arboleas ADM. Nueva Guía de práctica clínica para la depresión periparto. *Psicoevidencias*; 2024 May 9.
16. Roca A, Giménez AT, Esteve LG, Perpiñá SA. Depresión posparto. *Clínica Barcelona*. (s.f.)
17. American College of Obstetricians and Gynecologists. Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstet Gynecol*. 2023;141(6):1262-88. doi:10.1097/AOG.0000000000005202
18. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: WHO; 2022.
19. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026. Ministerio de Sanidad; 2022.
20. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Nota informativa sobre la aprobación del Plan de Acción de Salud Mental 2025–2027. Ministerio de Sanidad; 2025.
21. Gomis R, Mata-Cases M, Mauricio D, Artola S, Ena J, Mediavilla JJ, et al. Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados. *Rev Calid Asist*. 2017;32(4):234-9. doi:10.1016/j.cali.2016.12.003
22. Consejería de Salud y Familias de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, parto y puerperio. Servicio Andaluz de Salud; 2025.
23. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva: WHO; 2022.

24. NICE. Antenatal and postnatal mental health: Quality Standard (QS115). London: NICE; 2020.
25. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). FIGO statement on respectful maternity care and mental health. FIGO; 2023.
26. NICE. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (CG192). London: NICE; 2014.
27. NICE. Antenatal and postnatal mental health: Quality Standard (QS115). London: NICE; 2020.
28. NHS England. Maternal Mental Health Services: Implementation guidance. London: NHS England; 2021.
29. NHS England. Specialist perinatal mental health services: Expansion programme report. London: NHS England; 2020.
30. Canady RB, Tiedje LB, Lauber C. Rural disparities in perinatal mental health and health services delivery: a systematic review. *Am J Public Health*. 2018;108(12):e27-e37. doi:10.2105/AJPH.2018.304729
31. Kozhimannil KB, et al. Depression and mental health care use in pregnant and postpartum women in rural and urban areas. *J Rural Health*. 2017;33(3):317-26. doi:10.1111/jrh.12221
32. Van den Heuvel JF, et al. How telemedicine improves access to perinatal mental health care: a systematic review. *J Telemed Telecare*. 2020;26(4):237-49. doi:10.1177/1357633X18808188
33. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a public health perspective. *Br J Psychiatry*. 2020;217:597-9. doi:10.1192/bjp.2019.34
34. Khalifeh H, et al. Maternal mental health and violence: prevalence and impact on outcomes. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):836-44. doi:10.1016/S2215-0366(16)30156-5
35. Knight M, et al. MBRRACE-UK: Saving Lives, Improving Mothers' Care. National Perinatal Epidemiology Unit; 2022.
36. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento. Barcelona: FAME; 2014.
37. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. GAP – Control prenatal del embarazo normal. *Prog Obstet Ginecol*. 2018;61(5):510-27.
38. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (IESMP). El papel de las matronas en el cuidado de la salud mental materna. IESMP; 2023.

39. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive–behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord.* 2015;177:7-21. doi:10.1016/j.jad.2015.01.052
40. Cluxton-Keller F, Bruce ML. Interpersonal psychotherapy for perinatal women: a systematic review. *J Affect Disord.* 2018;232:269-77. doi:10.1016/j.jad.2018.02.056
41. Loughnan SA, Joubert AE, Grierson AB, Andrews G, Newby JM. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for perinatal anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2019;243:515-27. doi:10.1016/j.jad.2018.09.057
42. Stentzel U, Grabe HJ, Schmidt S, et al. Mental health-related telemedicine interventions for pregnant women and new mothers: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 2023;23:292. doi:10.1186/s12888-023-04790-0
43. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;4:CD006116. doi:10.1002/14651858.CD006116.pub2