



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

¿LA CESÁREA AUMENTA EL TRASTORNO DE APEGO?

Marta Martínez Prados

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Año Académico 2021-22

¿LA CESÁREA AUMENTA EL TRASTORNO DE APEGO?

Marta Martínez Prados

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2021-22

Palabras clave del trabajo:

Relación materno filial, cesárea, trastorno de apego, parto eutócico.
Maternal-filial relationship, cesarean section, attachment disorder, eutocic delivery.

Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Dra. Sonia Martínez Andreu

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMEN:

Introducción: Según la OMS, las tasas de cesáreas se deberían mantener entre un 10% y un 15% para que se vean relacionadas con una disminución de la mortalidad, pero últimamente se ha visto un aumento de estas. Además, las enfermedades mentales son comunes entre las mujeres después del parto, sobre todo en aquellas que han tenido partos donde la fatiga es mayor (cesáreas), afectando de manera negativa en el desarrollo del vínculo. Es por esto que es evidente la necesidad de detectar de forma temprana los factores de riesgo para prevenir daños posteriores. **Objetivos:** Comparar el efecto del parto por cesárea frente al parto eutócico en los trastornos de apego, contrastar las diferencias en el apego madre-hijo en cesárea urgente y planeada, y enunciar los factores protectores y los factores de riesgo para sufrir trastornos de apego madre-hijo. **Estrategia:** Una vez realizada la pregunta de investigación y obtenidas las palabras clave, se tradujeron al lenguaje documental mediante las herramientas DeCS y Mesh. Después, se ejecutó la búsqueda bibliográfica a partir de la formulación de los descriptores unidos por los operadores booleanos en las bases de datos BVS, EBSCOHost, PubMed, Ovid MEDLINE, Academic Search Complete, Clinical Key Student Nursing, Cuiden Plus y PsyARTICLES y Cochrane. **Resultados:** Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y seleccionados los artículos de especial interés, se incluyeron 22 artículos en la revisión bibliográfica. De éstos, 7 fueron descriptivos, 1 de casos y controles, 13 de cohortes y 1 revisión sistemática. **Conclusiones:** La prevalencia de trastornos de apego es mayor en las mujeres que tienen partos por cesárea, sobre todo en aquellas que tienen cesárea urgente. Existen diversos factores de riesgo que influyen en las relaciones de apego madre-hijo; las complicaciones asociadas a la cesárea, el dolor postoperatorio, la fatiga postparto, las emociones periparto, el retraso del primer contacto piel con piel y la lactancia, la anestesia general, la falta de cascada neuro-hormonal, el apoyo social bajo, etc. Y también existen factores protectores; la lactancia materna, el contacto piel con piel, un parto prematuro, un buen apego durante el embarazo, un embarazo planeado y un temperamento infantil fácil.

Palabras clave: Relaciones madre-hijo, cesárea, parto normal, apego a objetos.

RESUM:

Introducció: Segons l'OMS, les taxes de cesàries s'haurien de mantenir entre un 10% i un 15% perquè es vegin relacionades amb una disminució de la mortalitat, però darrerament se n'ha vist un augment. A més, les malalties mentals són comuns entre les dones després del part, sobretot en aquelles que han tingut parts on la fatiga és més gran (cesàries), afectant de forma negativa en el desenvolupament del vincle. És per això que és evident la necessitat de detectar de manera precoç els factors de risc per prevenir danys posteriors. **Objectius:** Comparar l'efecte del part per cesària davant del part eutòcic en els trastorns d'aferrament, contrastar les diferències en l'afecció mare-fill en cesària urgent i planejada, i enunciar els factors protectors i els factors de risc per patir trastorns d'aferrament mare- fill. **Estratègia:** Un cop feta la pregunta de recerca i obtingudes les paraules clau, es van traduir al llenguatge documental mitjançant les eines DeCS i Mesh. Després, es va realitzar la cerca bibliogràfica a partir de la formulació dels descriptors units pels operadors booleans a les bases de dades BVS, EBSCOHost, PubMed, Ovid MEDLINE, Academic Search Complete, Clinical Key Student Nursing, Cuiden Plus i PsyARTICLES i Cochrane. **Resultats:** Tenint en compte els criteris d'inclusió i exclusió i seleccionats els articles d'especial interès, es van incloure 22 articles a la revisió. D'aquests, 7 van ser descriptius, 1 de casos i controls, 13 de cohorts i 1 revisió sistemàtica. **Conclusions:** La prevalença de trastorns d'aferrament és més gran en les dones que tenen parts per cesària, sobretot en aquelles que tenen cesària urgent. Hi ha diversos factors de risc que influeixen en les relacions d'aferrament mare-fill; les complicacions associades a la cesària, el dolor postoperatori, la fatiga postpart, les emocions peripart, el retard del primer contacte pell amb pell i la lactància, l'anestèsia general, la manca de cascada neurohormonal, el suport social baix, etc. I també hi ha factors protectors; la lactància materna, el contacte pell amb pell, un part prematur, un bon aferrament durant l'embaràs, un embaràs planejat i un temperament infantil fàcil.

Paraules clau: Relacions mare-fill, cesària, part normal, aferrament a objectes.

ABSTRACT:

Introduction: According to the OMS, caesarean section rates should be kept between 10% and 15% to be related to a decrease in mortality, but lately an increase in these has been seen. Besides, mental illnesses are common among women after childbirth, especially in those who have had deliveries where fatigue is greater (cesarean sections), negatively affecting the development of the bond. Therefore, it is obvious the need to detect risk factors early to prevent further damage. **Objectives:** To compare the effect of cesarean delivery versus eutocic delivery on attachment disorders, to contrast the differences in mother-child attachment in urgent and planned cesarean section, and to state the protective factors and risk factors for mother-child attachment disorders. **Strategy:** Once the research question was asked and the keywords obtained, they were translated into documentary language using the DeCS and Mesh tools. Then, the bibliographic search was carried out based on the formulation of the descriptors linked by Boolean operators in the BVS, EBSCOHost, PubMed, Ovid MEDLINE, Academic Search Complete, Clinical Key Student Nursing, Cuiden Plus and PsyARTICLES and Cochrane databases. **Results:** Considering the inclusion and exclusion standards and selecting the articles of special interest, 22 articles were included in the review. 7 of these were descriptive, 1 case-control, 13 cohort, and 1 systematic review. **Conclusions:** The prevalence of attachment disorders is higher in women who have cesarean deliveries, especially in those who have an urgent cesarean section. There are various risk factors that influence mother-child attachment relationships; complications associated with cesarean section, postoperative pain, postpartum fatigue, peripartum emotions, delay in first skin-to-skin contact and lactation, general anesthesia, lack of neuro-hormonal cascade, low social support, etc. And there are also protective factors; breastfeeding, skin-to-skin contact, premature birth, good attachment during pregnancy, planned pregnancy, and easy childish temperament.

Keywords: Mother-child relationships, cesarean section, natural childbirth, object attachment.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:	1
OBJETIVOS DEL TRABAJO:	4
Objetivo general:	4
Objetivos específicos:	4
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	5
RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	7
Diagrama de flujo:	8
Tabla de artículos seleccionados para la revisión:.....	10
DISCUSIÓN	13
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFÍA	22
ANEXOS	26
Anexo 1. Ficha técnica para revisiones bibliográficas.....	26
Anexo 2. Tabla de artículos seleccionados para la revisión	93
Anexo 3. Escala SIGN (nivel de evidencia y grado de recomendación).....	105

INTRODUCCIÓN:

En el embarazo y en el parto se involucran aspectos emocionales, biológicos, hormonales, sociales, económicos y psicológicos que generan un gran estrés en la mujer que la hacen más susceptible a sufrir enfermedades mentales (1)(2). La experiencia que la madre tenga durante el parto, aparte de influir en su salud mental, influirá en la vinculación con su hijo y en la decisión de tener más hijos (3).

La cesárea se trata de un tipo de parto donde se realiza a la madre una incisión en la pared abdominal y uterina para extraer al feto del útero. La cesárea inmediata o de emergencia se da una vez que la madre comienza el trabajo de parto y se observa un peligro inmediato para la madre o para el bebé que requiere una extracción urgente del feto. Sin embargo, la cesárea planificada o electiva se da antes de iniciar el trabajo de parto, cuando se observan riesgos potenciales (por ejemplo, posición podálica del feto) que indican que es mejor planificar una cesárea de forma previa y, por lo tanto, es posible elegir la fecha de parto (4)(5).

Por lo general, las madres que tienen un parto por cesárea viven una experiencia de parto menos positiva, tienen más dolor, un mayor periodo de recuperación, un mayor riesgo de complicaciones en embarazos y partos posteriores y una mayor fatiga, que las madres que tienen un parto vaginal (3)(4). Esta fatiga influye de manera negativa en el funcionamiento físico y mental de las madres.

Según la OMS, las tasas de cesáreas deberían mantenerse entre un 10% y un 15%. Una vez que pasan estos porcentajes, dejan de estar asociadas a una reducción de la mortalidad. La cesárea puede provocar complicaciones significativas, permanentes y a veces incluso la muerte. Por lo que únicamente se debería realizar las cesáreas cuando sean necesarias por razones médicas (6). Sin embargo, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (14).

Según la teoría del apego, los humanos tienen la tendencia innata de establecer vínculos con los cuidadores (7). El vínculo madre-hijo es una relación única y especial que crea un lazo emocional entre la madre y su hijo. Se establece desde el primer contacto, sobre todo en la primera hora (1). Un vínculo adecuado es imprescindible para el desarrollo psicoemocional, cognitivo, conductual y psíquico del niño, por lo que es crucial que se desarrolle en las primeras horas postparto (1)(4)(8)(9).

La vinculación se trata de una interacción bidireccional, por lo que las emociones maternas influyen en el bebé y el temperamento del bebé influye en la madre (8). Hay estudios que consideran que la vinculación y el modo de parto también son bidireccionales, por lo que las emociones maternas influyen en el modo de parto y el modo de parto influye en las emociones maternas (el estrés materno y el miedo al parto aumenta la posibilidad de que la madre tenga cesárea de emergencia y la probabilidad de que elija cesárea electiva) (5)(4). Por lo tanto, el desarrollo del vínculo y del apego dependerá de las características de cada relación (1).

El apego surge de este vínculo emocional que establece la madre con su hijo, y sirve de base para cuidarle y crear un sentimiento de compromiso (8). Cuando se produce un retraso en el desarrollo de este vínculo o del apego, pueden surgir trastornos que se manifiestan con falta de participación afectiva materna, irritabilidad, hostilidad, ira, indiferencia, presencia de impulsos agresivos, rechazo absoluto al bebé, etc. (10)(11). Este retraso en el desarrollo del vínculo se puede deber a diversos factores que atrasan la interacción entre madre e hijo (4). Un trastorno del vínculo puede provocar efectos nocivos en el desarrollo psicoemocional, conductual y personal del niño a largo plazo (11).

Uno de estos trastornos del vínculo, es la depresión postparto (DPP). Se trata un trastorno depresivo mayor que inicia en las cuatro primeras semanas postparto y que supone un problema de salud mental frecuente entre las mujeres después del parto. Está inversamente relacionado con el funcionamiento fisiológico de la madre, por lo que afecta a su mortalidad y morbilidad. Al mismo tiempo, también tiene efectos en las relaciones maritales y personales de la madre, afectando a su bienestar y reprimiendo las interacciones con su bebé, y por lo tanto, influyendo en el desarrollo socioemocional, cognitivo, conductual y de aprendizaje de los hijos, y como consecuencia, al desarrollo del vínculo (12)(13)(14)(15).

Los niños que tienen madre con DPP, tienen un mayor riesgo de sufrir abusos, infanticidios, abandonos, hospitalizaciones por problemas de salud, trastornos del sueño, etc. Además, las madres que tienen DPP tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión en momentos posteriores (14)(16).

Las enfermedades de salud mental son frecuentes entre las mujeres después del parto. Destacan la alteración del ánimo y la ansiedad, y varía la prevalencia según el país (1)(14). Además, se ha evidenciado que los síntomas depresivos se mantienen hasta 18 meses

después del parto (13). Tienen múltiples efectos negativos sobre la madre, el bebé, la familia y elevados costes económicos en la sociedad (2). Es por eso, que se hace evidente la necesidad de evaluar el vínculo madre-hijo y detectar de forma temprana factores de riesgo, alteraciones como irritabilidad, impulsos agresivos y rechazo al bebé, que puedan identificar de forma temprana los problemas para prevenirlos, tratarlos y causar los mínimos daños posibles (1)(17).

La depresión postparto sigue sin reconocerse ni tratarse adecuadamente en los países de ingresos medios y bajos (12). Por este motivo, y por todos los nombrados antes, el objetivo general de este estudio será comparar el efecto del parto por cesárea frente al parto eutócico en los trastornos de apego, y los objetivos específicos serán contrastar las diferencias de apego madre-hijo en cesárea urgente y planeada, y enunciar los factores protectores y los factores de riesgo para sufrir trastornos de apego madre-hijo.

La maternidad y la obstetricia me han llamado la atención desde siempre. Comencé la carrera con la intención de especializarme y en un futuro ser matrona, pero estos cuatro años rotando por varios servicios diferentes, han hecho darme cuenta de lo amplia y bonita que es esta profesión y lo gratificante que es ayudar y cuidar a las personas de muchas maneras diferentes.

A pesar de que ya no tengo la idea fija de especializarme en esta área de la enfermería, al menos por ahora, sigo teniendo gran interés por este tema. Además, siempre me ha llamado la atención cuando he escuchado hablar sobre trastornos del vínculo, depresión postparto, etc. Y, casualmente, siempre que escuchaba hablar de esto coincidía con mujeres que habían tenido parto por cesárea, por lo que me pregunté si este tipo de parto podía hacer que aumentara la incidencia de trastornos de apego o depresión postparto y qué otros factores podían influir en las alteraciones del apego entre la madre y su hijo. Por ésto, y por las grandes complicaciones que pueden llegar a provocar los trastornos de apego en la madre, en el hijo y en la familia, he decidido hacer mi TFG sobre la incidencia de los trastornos de apego en el parto por cesárea, para conocer, prevenir y tratar los posibles daños.

OBJETIVOS DEL TRABAJO:

Objetivo general:

Comparar el efecto del parto por cesárea frente al parto eutócico en los trastornos de apego.

Objetivos específicos:

- Contrastar las diferencias en el apego madre-hijo en cesárea urgente y planeada.
- Enunciar los factores protectores y los factores de riesgo para sufrir trastornos de apego madre-hijo.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

La búsqueda se ha realizado en los metabuscadores BVS y EBSCOHost, en las bases de datos específicas PUBMED, Ovid MEDLINE, Academic Search Complete, Clinical Key Student Nursing, Cuiden Plus y PsyARTICLES y en la base de datos de revisiones COCHRANE.

A través de la pregunta PICO “¿La cesárea aumenta la incidencia de trastornos de apego en la relación madre-hijo frente el parto eutócico?” se obtuvieron las siguientes palabras clave:

- Castellano: Relación materno filial, cesárea, trastorno de apego, parto eutócico.
- English: Maternal-filial relationship, cesarean section, attachment disorder, eutocic delivery.
- Català: Relació materno filial, cesària, trastorn d’aferrament, part eutòcic.

Posteriormente, fueron traducidas al lenguaje documental mediante las herramientas DeCS y Mesh y se obtuvieron los siguientes descriptores para realizar la búsqueda:

	CASTELLANO	INGLÉS
PRINCIPAL	Relaciones Madre-Hijo (Dp1) Cesárea (Dp2)	Mother-Child Relations Cesarean section
SECUNDARIO/S	Parto normal (Ds1) Apego a objetos (Ds2)	Natural Childbirth Object attachment

Una vez se obtuvieron los descriptores, se combinaron de la siguiente forma con operadores booleanos en las bases de datos citadas:

- 1.er Nivel: Mother Child Relations AND Cesarean section
- 2º Nivel: (Mother Child Relations AND Cesarean section) AND (Natural Childbirth OR Object Attachment)

Los criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Artículos que hablen de parto por cesárea, o parto por cesárea y parto vaginal.
- Artículos que hablen de trastornos de apego relacionados con el modo de parto, y factores asociados a trastornos de apego o depresión postparto.
- Artículos con muestra de mujeres en edad fértil (15-46 años), con embarazos sin complicaciones, con parto vaginal o parto por cesárea y sus respectivos bebés.
- Artículos con muestra de mujeres y bebés sin patología de base, ni complicaciones graves durante el parto.

Criterios de exclusión:

- Artículos que hablen de partos diferentes a cesárea o parto vaginal.
- Artículos que tienen de muestra a mujeres y bebés con patología de base o complicaciones graves durante el parto.

Se incluyeron solo aquellos artículos que fueron publicados en los últimos 10 años (2011-2022). Los artículos estaban en castellano, inglés o portugués.

La selección de artículos se llevó a cabo en tres fases. En la primera fase, se realizó la búsqueda en los metabuscadores, bases de datos específicas y base de datos de revisiones antes citadas, aplicando el primer y segundo nivel de búsqueda, únicamente haciendo lectura de títulos.

Posteriormente, en la segunda fase, se leyeron los resúmenes de los artículos obtenidos en la primera fase, y se excluyeron aquellos que no respondían a los objetivos del estudio y los que estaban duplicados.

Finalmente, en la fase tres, se procedió a una lectura completa de los artículos, y se excluyeron aquellos que no tenían rigor metodológico o no eran útiles para el trabajo. Además, se incluyeron artículos realizando búsqueda en bola de nieve.

Una vez los artículos fueron seleccionados, se pasó la escala SIGN para determinar el nivel de evidencia y el grado de recomendación (18).

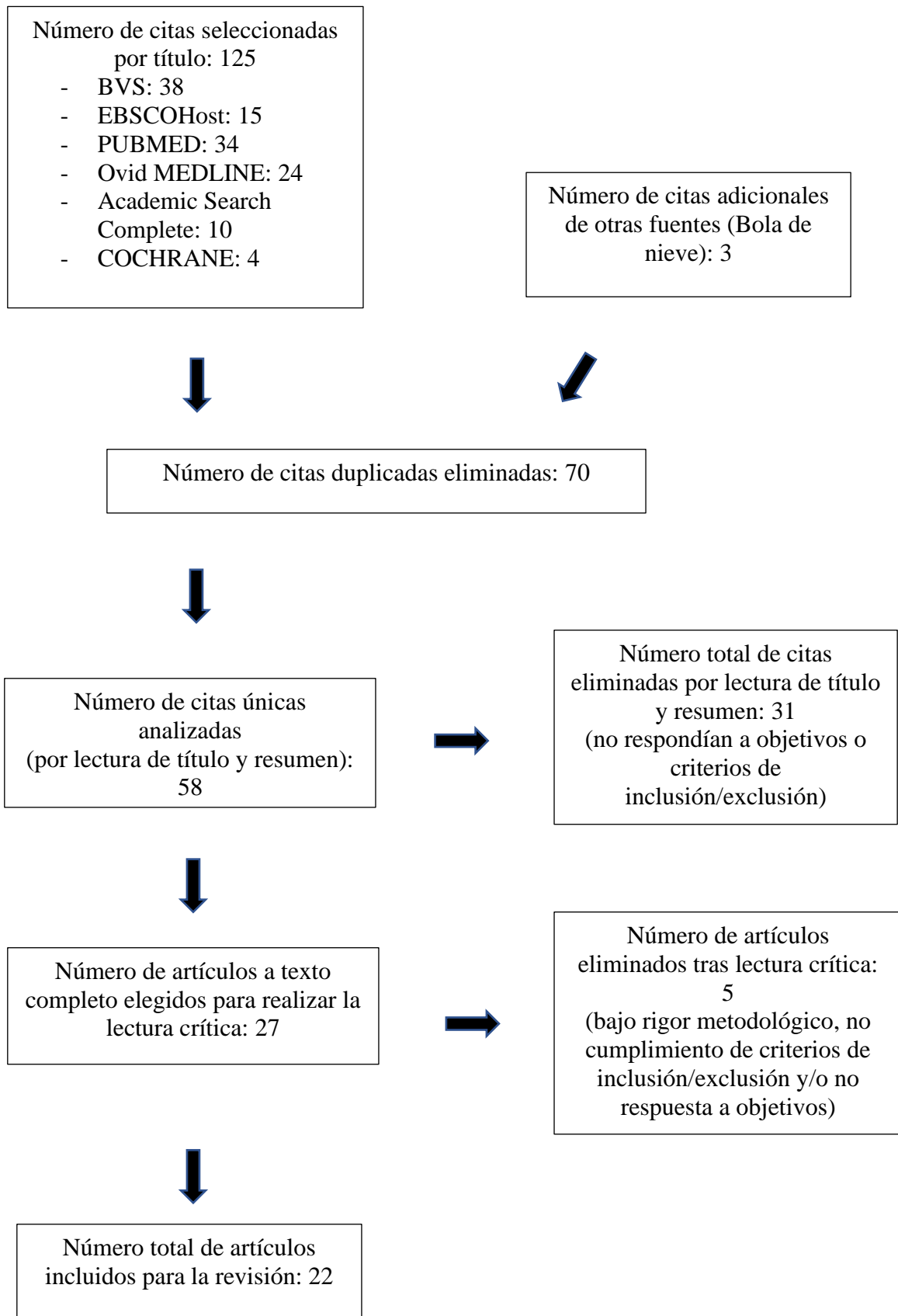
RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:

Al aplicar la primera fase de selección de artículos antes explicada, con el límite de tiempo de los últimos 10 años, se obtuvo lo siguiente:

Bases de datos	Nivel de combinación booleana	Resultados	Incluidos
BVS	Primer nivel	120	29
	Segundo nivel	28	9
EBSCOHost	Primer nivel	105	14
	Segundo nivel	3	1
PUBMED	Primer nivel	115	26
	Segundo nivel	25	8
OVID	Primer nivel	89	15
MEDLINE	Segundo nivel	24	9
Clinical Key Student Nursing	Primer nivel	0	0
	Segundo nivel	0	0
Cuiden Plus	Primer nivel	0	0
	Segundo nivel	0	0
PsyARTICLES	Primer nivel	0	0
	Segundo nivel	0	0
Academic Search Complete	Primer nivel	64	10
	Segundo nivel	1	0
COCHRANE	Primer nivel	16	3
	Segundo nivel	1	1

Fuente: Elaboración propia.

Diagrama de flujo:



Fuente: Elaboración propia.

De los 22 artículos finales seleccionados, 7 son descriptivos, 13 de cohortes, 1 de casos y controles y 1 revisión sistemática.

Las poblaciones de los artículos son mujeres entre 15 y 46 años que dieron a luz a sus hijos por parto vaginal o cesárea urgente o planeada, sin complicaciones ni patologías de base complejas.

Los estudios de los artículos seleccionados se llevaron a cabo en diferentes lugares. Dos de ellos en Madrid, y el resto en Kermanshah, Lituania, Kyushu, Jordania, Myanmar, Pensilvania, Erlangen, Israel, Ontario, Penrith, Condado de Pingtung, Abano Terme, Izmir, Verona, Japón, Riyadh, Sao Paulo, Viena, Ereván y Changsha.

Los niveles de evidencia varían de 2++ a 3; 1 artículo de nivel 2++, 14 artículos de nivel 2+ y 7 artículos de nivel 3. Respecto al grado de recomendación, hay 1 artículo con grado de recomendación B, 14 artículos con grado de recomendación C y 7 artículos con grado de recomendación D.

El resto de los datos de los artículos se encuentran desarrollados en Anexo 2.

Tabla de artículos seleccionados para la revisión:

Código referencia interna de artículo	Lugar	Tipo de estudio	Sujetos a estudio
1	Kermanshah	Descriptivo	Mujeres embarazadas que dieron a luz en el verano de 2013, y fueron remitidas a centros de salud de Kermanshah
2	Lituania	Cohortes	Mujeres con embarazo único, que dieron a luz a niños nacidos a término en clínicas universitarias, y sus bebés.
6	Kyushu	Cohortes	Puérperas sometidas a parto por cesárea de emergencia en Hospital Universitario de Kyushu.
7	Jordania	Descriptivo	Mujeres de 3 centros de salud de Jordania > 18 años con embarazo a término con un bebé de 2-12 meses.
8	Myanmar	Descriptivo	Mujeres con menos de 6 meses de puerperio, mayores de 18 años y registradas en los centros de salud mencionados.
10	Pensilvania	Cohortes	Mujeres nulíparas con embarazo único, que esperaban dar a luz en el hospital de Pensilvania
11	Erlangen, Alemania.	Cohortes	Mujeres primíparas con más de 30 semanas de embarazo, sin complicaciones fetales ni maternas graves.
12	Israel	Cohortes	Mujeres con cesárea de emergencia, cesárea electiva o parto vaginal, de 2 a 4 días postparto.
13	Ontario, Canadá	Cohortes	Mujeres > 16 años, con parto único de bebé vivo, igual o mayor a 37 semanas de gestación, que asumen el cuidado del bebé al alta y son contactables por teléfono.
14	Madrid, España	Cohortes	Mujeres primíparas con embarazo único sin complicaciones, a término, con parto vaginal o cesárea.

15	Penrith	Revisión sistemática	Artículos entre los años 2003 y 2013.
16	Condado de Pingtung, Taiwán	Descriptivo	Mujeres con parto por cesárea o vaginal, con 48-72h ingreso postparto, sin enfermedades agudas o crónicas, que habían dado a luz a un bebé sano con Apgar > 7.
18	Abano Terme, Italia.	Cohortes	Puérperas entre 19 y 46 años, con parto vaginal, cesárea planificada o cesárea urgente, con embarazos únicos, a término y sin complicaciones.
19	Madrid, España.	Cohortes	Mujeres con embarazo único, a término, parto por cesárea, puntuación igual o superior a 7 a los 5 minutos.
20	Izmir, Turquía.	Descriptivo	Mujeres que asistieron a la consulta de parto de un hospital universitario de Izmir, y tuvieron parto vaginal o cesárea, eran primíparas, embarazo a término sin riesgo, sin parto de riesgo.
21	Verona, Italia.	Cohortes	Bebés sanos nacidos consecutivamente durante 36 semanas en el Hospital Amigo del Niño G. Francastoro de la Unidad local de Salud de Verona, Italia.
22	15 regiones de Japón	Cohortes	Madres primíparas o multíparas, con parto vaginal o cesárea y sus hijos hasta los 13 años.
23	Riyadh	Descriptivo	Mujeres de 16-45 años que acudieron a consulta postparto en King Salud Medical City, policlínicas gubernamentales o centros de salud privados, sin tratamiento para problemas psicológicos, ni bebé con enfermedades graves.
24	Sao Paulo, Brasil.	Descriptivo	Niños nacidos a término, sin complicaciones ni en embarazo ni en parto, de 3 a 4 meses de edad, y sus madres primíparas de 20 a 35 años residentes en Palmital y Ourinhos.

25	Viena	Cohortes	Mujeres de 15 a 43 años con sus lactantes de 1 a 44 semanas que estaban tratadas en programa de hospitalización parcial psiquiátrica.
26	Ereván, Armenia.	Casos y controles	Mujeres en edad reproductiva con un hijo de 1 a 3 meses registrado en APS de Ereván. Casos; puntajes elevados en EPDS. Controles; sin puntajes altos en EPDS.
27	Changsha, Hunan, República Popular de China.	Cohortes	Mujeres primíparas de 20 a 45 años, casadas, que buscaban atención prenatal, sin antecedentes de enfermedades mentales ni enfermedades crónicas importantes, y sin complicaciones obstétricas.

Fuente: Elaboración propia.

En Anexo 2, se encuentra más desarrollada la tabla resumen de los artículos.

DISCUSIÓN:

Existe evidencia de que el parto por cesárea tiene un impacto negativo en la relación de apego madre-hijo, y que es mayor la prevalencia de trastornos de apego en este tipo de partos.

Según el estudio descriptivo de 2017 realizado en Kermanshah, del 33,4% de las mujeres que tuvieron depresión postparto, 13,8% tuvieron parto por cesárea urgente, un 8,2% tuvieron cesárea electiva y un 7,2% un parto vaginal. Por lo que concluye que la prevalencia de depresión postparto, es mayor en las mujeres que tienen parto por cesárea que en las mujeres que tienen parto vaginal. Además, también indica que la depresión durante el embarazo, aumenta el riesgo de tener un parto por cesárea (2).

Sirvinskiene et al, Petrosyan et al y Nasr et al, también concluyen una asociación significativa positiva, entre los partos por cesárea y la depresión postparto, determinando que las mujeres con parto por cesárea, tienen más probabilidades de sufrir depresión postparto y síntomas de estrés postraumático, que las mujeres que tienen parto vaginal, relacionado con el dolor postoperatorio y las complicaciones asociadas. Además, en su estudio, los niños nacidos por cesárea, tuvieron más problemas emocionales que los nacidos vía vaginal (17)(19)(16). El estudio de cohortes de 2020 realizado en Kyushu, coincide con las conclusiones, y demuestra que los partos por cesárea influyen de forma negativa en el vínculo(11). Sin embargo, Zanardo et al indica que se observó un vínculo significativamente peor, en las mujeres que tuvieron parto por cesárea de emergencia, pero no se observó ninguna diferencia entre las mujeres que tuvieron cesárea planificada y parto vaginal, por lo que la diferencia en el vínculo de apego, solo se daba cuando se esperaba un tipo de parto planificado (cesárea electiva o parto vaginal), y tenían otro tipo de parto (cesárea urgente). Es por ésto, que Zanardo et al dice que la vinculación es mucho más compleja y está relacionada con más cosas aparte del modo de parto, por lo que se deberían observar también las emociones periparto (5).

Según el estudio de cohortes realizado en 2019, menos de la mitad de las mujeres que tuvieron cesárea no planificada, vio a su hijo nada más nacer, mientras que el 87.6% de las mujeres que tuvieron parto vaginal, vieron a su hijo de inmediato. Por lo que, las experiencias de las madres que tuvieron parto vaginal, fueron mucho más positivas que las que tuvieron parto por cesárea (3). Goecke et al refuerza que las mujeres que tuvieron una experiencia de parto menos positiva, y con menos control de la situación, se asociaron de forma significativa a un mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos (13).

Diversos estudios demuestran, que se observa un retraso en el inicio de la lactancia y menos probabilidad de amamantamiento, en las mujeres que tienen parto por cesárea, pero el estudio de cohortes realizado en Ontario en 2012, indica que el modo de parto no se relaciona con la iniciación de la lactancia, por lo que no se considera como un factor determinante (20). Sin embargo, Stevens et al, Dos Santos Neto et al, Xie et al y Cetisli et al concluyen que, en las mujeres con partos por cesárea, los niveles de oxitocina son más bajos, ya que los niveles de esta hormona aumentan con las contracciones del útero. Estos niveles inferiores influyen en el proceso de la lactancia, en la gestión del comportamiento del bebé y en el proceso de vinculación (21)(9)(1)(15). El estudio de cohortes de 2017, indica que los niveles de oxitocina también se ven alterados cuando hay una separación temprana de la madre y el bebé, que normalmente se suele dar con más frecuencia en los partos por cesárea (22).

En el parto vaginal se experimenta un estrés beneficioso para el neonato, haciendo que aumenten los niveles de cortisol ayudando a una adaptación extrauterina, mientras que en los partos por cesárea se mantienen unos niveles inferiores (23).

Diferentes estudios demuestran que la fatiga postparto, los dolores corporales, y las dificultades en la lactancia y en el cuidado del bebé, son más frecuentes en las madres que tuvieron parto por cesárea, que en las madres que tuvieron parto vaginal, e indican que cualquier efecto (malestar o fatiga) puede tener repercusiones perjudiciales en la interacción madre-hijo. Lai et al concuerda en que las puntuaciones de fatiga postparto, las dificultades para realizar los cuidados del bebé, e impedimentos para el apego materno infantil, es mayor para el grupo de cesáreas que para el grupo de parto vaginal, por lo que la fatiga postparto se correlaciona negativamente con el apego madre-hijo (24). Hay estudios que demuestran que el retraso en el apego, se relaciona con problemas comunes relacionados con la cirugía y el postparto, y suelen ser más frecuentes en los partos por cesárea que en los partos vaginales (9). Además, Cetisli et al dice que la relación de apego se desarrolla a través de la lactancia y de la realización de cuidados del bebé, por lo que cualquier factor que atrase la realización de estas actividades, puede afectar en el desarrollo del vínculo materno-infantil (9).

En el estudio de cohortes de 2019 realizado en Verona, la tasa de lactancia materna fue mayor en los nacidos por parto vaginal que en los nacidos por cesárea, siendo la lactancia, un factor protector para el vínculo afectivo madre-hijo. Esto se puede deber a que después de la cesárea, se carece de cambios hormonales que ayuden al inicio de la lactancia materna, la madre tiene mayor malestar, que dificulta el contacto cercano y se da con

menos frecuencia el alojamiento conjunto. Además, también demuestra que el contacto piel con piel se lleva a cabo con menos frecuencia en los partos por cesárea, siendo también un factor protector (25).

Yoshida et al obtuvo unos puntajes más altos de ira y rechazo en la escala MIBS-J, en las madres que tuvieron cesárea frente a las madres que tuvieron parto vaginal, y Sockol et al indica que las mujeres que dan a luz por cesárea, tienen niveles más altos de rechazo patológico hacia sus hijos, son menos propensas a amamantar y frecuentemente tienen un retraso en la primera interacción con el bebé (10)(26). Según el estudio descriptivo de 2020 de Sao Paulo, las madres que tuvieron parto vaginal, respondieron mejor al comportamiento social del niño y mostraron mayor sensibilidad, contacto visual y atención al niño, que las mujeres que tuvieron parto por cesárea. Además, los niños que nacieron por vía vaginal, miraron con mayor frecuencia la cara de la madre y respondieron de forma más intensa y frecuente a los estímulos comunicativos de ella (1).

En el estudio de Xie et al, las mujeres que tuvieron parto por cesárea tendieron a ser más mayores, a tener ingresos más altos, a que el bebé tuviera un alto o bajo peso al nacer y un mayor apoyo social, pero las diferencias fueron clínicamente pequeñas y en este estudio la mayoría de las mujeres, se realizó la cesárea por influencia social y no por recomendación médica. Debido a esto y a que se excluyeron las mujeres con complicaciones maternas y neonatales graves, se puede ver un poco sesgado (15).

Respondiendo al primer objetivo específico, respecto a las diferencias en el vínculo de apego que se dan según el tipo de cesárea (planificada o urgente), como se ha indicado anteriormente en el estudio descriptivo de 2017 realizado en Kermanshah, la prevalencia de depresión postparto tuvo más incidencia en las mujeres que tuvieron parto por cesárea urgente, que en las mujeres que tuvieron cesárea electiva. Se puede deber a la falta de preparación y conocimientos que conlleva una cesárea de emergencia, además del gran estrés psicológico que puede llegar a provocar, ya que se considera una amenaza para el individuo y su hijo (2). Todo esto genera una mala experiencia de parto.

El estudio de Zanardo et al dio como resultado que el estrés sufrido en el parto por cesárea de emergencia, afectaba de forma negativa en el vínculo, siendo significativamente peor en las mujeres que tuvieron este tipo de parto (5).

Nitahara et al concuerda y considera la cesárea de emergencia con anestesia general, como un factor de riesgo para sufrir trastornos de apego, afectando de forma negativa a la formación del vínculo(11). Además, Goecke et al añade que en los modos de parto que se crea menos control de la situación, que se suele dar con una mayor frecuencia en partos

por cesárea urgente, y donde hay lesiones vaginales con mayor gravedad, se asocian de forma significativa con el riesgo de desarrollar síntomas depresivos (13) . El estudio de cohortes de 2012 realizado en Ontario, concuerda y muestra una asociación significativa positiva entre el modo de parto no esperado (cesárea de emergencia o parto vaginal asistido), con la lactancia materna, haciendo que las tasas de esta aumenten como un método de afrontamiento a la sensación de pérdida de control (20).

Sin embargo, el estudio de cohortes de 2015 realizado en Israel, demuestra que no existen diferencias significativas entre la cesárea de emergencia y la cesárea electiva, sino que fue mucho más significativo el apoyo social, que el modo de parto en el desarrollo del vínculo con el bebé (4). Además, el estudio de cohortes de 2017 realizado en Madrid, indica que en la cesárea planificada, no se activa la cascada neuro hormonal que inicia el trabajo de parto, y ayuda al vínculo entre madre e hijo, por lo que este hecho podría afectar al reconocimiento por parte del bebé y la madre, de señales que inician el vínculo madre-hijo, pero no se observaron diferencias significativas en el estudio, según el modo de parto en el vínculo, ni en la respuesta de separación del recién nacido, ni en el tipo de lactancia. Sin embargo, las madres que tuvieron cesárea electiva, tuvieron un contacto piel con piel más frecuente, que las madres que tuvieron cesárea de emergencia (22).

En discordancia con el resto de los estudios, Xie et al demostró que la tasa de depresión postparto fue mayor en las mujeres que tuvieron cesárea electiva, que en las mujeres que tuvieron cesárea de emergencia. Esto se puede deber a que se excluyeron para el estudio, a aquellas mujeres y bebés que tuvieron complicaciones (15).

Respecto a los factores protectores y los factores de riesgo para desarrollar trastornos de apego, el estudio de Sarah et al, identificó la edad temprana de la madre, el número de partos, la no aceptación del sexo del bebé y el nivel bajo de educación materna, como factores de riesgo sobre la depresión postparto. El hecho de haber tenido partos anteriores, aumentaba la probabilidad de que la madre tuviera depresión postparto, pues al tener menos tiempo libre, aumentaba su fatiga. Además, consideró la cesárea como un factor de riesgo importante para desarrollar depresión (2).

El estudio de casos y controles de 2011 realizado en Armenia, y el estudio de cohortes de 2011 realizado en Changsha, determinaron como factores de riesgo para desarrollar depresión, la situación laboral, la exposición al humo pasivo, la ansiedad por cuidado infantil, edad menor a 25 años, el parto por cesárea, antecedentes personales o familiares de depresión y la baja autoestima (15)(16).

Sin embargo, el estudio de cohortes de 2016 realizado en Lituania, y el estudio de cohortes de 2014 realizado en Viena, no concuerdan con que la edad temprana de la madre sea un factor de riesgo, sino que en sus estudios vieron que las madres mayores de 35 años, tuvieron problemas emocionales más frecuentemente, y tuvieron más tendencia al rechazo e ira patológica. También determinaron como factores de riesgo para sufrir problemas emocionales y conductuales, el funcionamiento fisiológico subóptimo del bebé, la aceptación materna complicada del embarazo, la relación de pareja insatisfactoria, la angustia emocional, el tabaquismo materno, la ansiedad y síntomas de estrés prenatales, trastornos del sueño, abortos previos electivos o espontáneos, educación universitaria y un modo de crianza estricto y rígido (17)(26). Además, Yoshida et al consideró como factores de riesgo en los bebés para desarrollar trastornos de apego el llanto nocturno, el temperamento infantil y el sexo femenino. También observó un puntaje peor en la escala MIBS-J (Vínculo Madre-Hijo) para las madres primíparas, considerándolo un factor de riesgo(10). Sin embargo, otros estudios consideran que las mujeres que tienen partos más de tres veces, tienen más tendencia a la depresión (19).

El estudio descriptivo de 2021 realizado en Myanmar, también considera como factores de riesgo para sufrir depresión postparto, aparte de los nombrados anteriormente, el estado civil de las madres, el ingreso familiar mensual bajo, el desempleo, un bajo apoyo social, el lugar de nacimiento (rural o urbano) y su distancia al centro de salud, la frecuencia de atención sanitaria prenatal recibida, y un embarazo con un periodo de tiempo menor a dos años al anterior. Mientras que considera como factores protectores la lactancia materna y el parto prematuro (12).

Sin embargo, Cetisli et al y Dos Santos Neto et al, indicaron que no hubo diferencias en el apego materno relacionadas con el tipo de parto, la edad, la educación, el estado civil, la planificación gestacional, la situación laboral, el nivel de renta, el sexo del bebé y los conocimientos sobre el puerperio (9)(1). Nasr et al concuerda en algunos aspectos, pero sí que vio una asociación entre la depresión postparto y los bajos ingresos, no apoyo del cónyuge y acontecimientos de vida estresantes (14). Dos Santos et al también consideró una asociación entre la edad gestacional del parto y el peso al nacer con la DPP (1).

En el estudio de Nitahara et al, se obtuvieron unos puntajes de la escala MIBS (Escala del Vínculo Madre-Infante) más altos en las madres que tuvieron anestesia general, que en las madres que tuvieron anestesia neuro-axial, por lo que la anestesia general es un factor de riesgo para el deterioro temprano del vínculo madre-hijo. Esto se puede deber a que hay un retraso o una falta de contacto piel con piel con el bebé. Pero no hubo diferencia

de puntuación en la escala MIBS entre las mujeres con los dos tipos de anestesia nombrados al mes del postparto, lo que puede significar que el efecto del tipo de anestesia en la depresión postparto es solo transitorio (11).

Goecke et al considera que los factores de riesgo para el deterioro del vínculo de apego, pueden ser factores estresantes reales (bajo peso al nacer, abortos espontáneos previos, parto por cesárea, lesiones vaginales graves, modo de parto con poco control de la situación, etc.) y factores predisponentes debido a variaciones genéticas. También indicó que cuanto mejor era el apego y el bienestar durante el embarazo, menor era la puntuación de depresión durante y después del parto, por lo que se considera un factor protector (13). Lai et al considera también como factor de riesgo la fatiga postparto, ya que las mujeres presentan mayor dificultad para realizar las actividades del cuidado del bebé, y como consecuencia se desarrollan sentimientos negativos que afectan al desarrollo materno-infantil (24).

Además, el estudio descriptivo de 2021 realizado en Jordania, indicó que las características y el temperamento del infante y de la madre, influían en el vínculo madre-hijo, ya que el temperamento determina la actividad del apego emocional, la autorregulación y la reactividad. La interacción de la madre con su hijo depende de estas características. Por lo que un temperamento fácil del hijo, se considera como un factor protector para el apego materno adecuado, puesto que la madre será más apegada y receptiva a los cuidados del bebé. Mientras que un hijo con un temperamento impredecible y difícil, se considera un factor de riesgo, siendo la interacción y el apego de la madre más bajo (8). Al mismo tiempo, este estudio y el estudio de Watt et al, también consideran que planear el embarazo, porque ayuda a aceptarlo psicológicamente, y realizar lactancia materna, como mecanismo de afrontamiento al estrés, son factores protectores para el apego materno (8)(20). Cetisli et al considera la lactancia materna como el inicio del vínculo entre la madre y su hijo (9).

Algunos estudios indican que las madres que tienen mejores niveles de apego son aquellas que son más sensibles, tiernas y participativas, ya que afectan de forma positiva al desarrollo del bebé (9).

El estudio de cohortes de 2019 realizado en Pensilvania y la revisión sistemática de 2014, determinaron el contacto piel con piel como un factor protector para el vínculo madre-hijo, ya que cuanto más cortos eran los intervalos de tiempo entre el parto y el primer contacto piel con piel, mejores eran las experiencias de parto, incluso para las mujeres que tuvieron parto por cesárea, puesto que les permitía vincularse con su hijo, sentirse

más cercanas a ellos, reducir el dolor materno y sentir bienestar emocional por parte de la madre y del recién nacido. El contacto piel con piel es importante en los partos por cesárea, ya que ayuda a crear el vínculo que a veces se ve interrumpido por esa falta de cascada hormonal, que se produce en los partos vaginales (3)(21).

También se considera como factor protector para no desarrollar trastorno de estrés postraumático y depresión en una cesárea de emergencia, según el estudio de cohortes de 2015 realizado en Israel, un adecuado apoyo social y un adecuado sentido de coherencia, haciendo referencia a una mayor capacidad para reconocer las emociones, describirlas fácilmente y no sentirse amenazado por ellas (4).

CONCLUSIONES:

Tras realizar esta revisión bibliográfica se puede concluir que:

- Hay una mayor prevalencia de depresión postparto en los partos por cesárea, en comparación con los vaginales. Esto se debe principalmente a las consecuencias de la cesárea (complicaciones asociadas, dolor, fatiga, ansiedad, un mayor periodo de tiempo hasta el contacto piel con piel, la falta de contracciones uterinas que provocan las alteraciones hormonales, y una menor secreción de cortisol que impide una adaptación extrauterina óptima).
- Parece haber una mayor influencia negativa sobre el apego en el parto por cesárea urgente, en comparación con una cesárea electiva, por no ser un parto esperado y por tener menos conocimientos y preparación de la situación. Este hecho favorece el desarrollo del trastorno de estrés postraumático, que puede conducir a depresión postparto.
- Los principales factores de riesgo son: el apoyo social bajo, la no aceptación del sexo del bebé, la situación laboral, el tabaquismo o la exposición al humo, la ansiedad, los antecedentes personales o familiares de depresión, la baja autoestima, los partos por cesárea, el funcionamiento fisiológico subóptimo del bebé, la aceptación materna complicada del embarazo, la relación de pareja insatisfactoria, abortos previos electivos o espontáneos, el modo de crianza estricto y rígido, el temperamento infantil complicado, los ingresos mensuales bajos, la baja asistencia sanitaria prenatal, embarazos con un intervalo de tiempo menor a dos años, acontecimientos de vida estresantes, la anestesia general, el bajo peso al nacer, lesiones vaginales graves y la fatiga postparto.
- Existe cierta controversia entre los autores respecto al nivel de educación, la edad materna y paridad. Precisarían de más estudios para poder conocer sus efectos en el vínculo madre-hijo.
- Los principales factores protectores son: la lactancia materna, el parto prematuro, un buen apego y bienestar durante el embarazo, un embarazo planeado, un temperamento infantil fácil, el contacto piel con piel favoreciendo una experiencia de parto positiva, un buen apoyo social y un adecuado sentido de coherencia (mayor capacidad reconocer las emociones, describirlas y no sentirse amenazado por ellas).

Las principales limitaciones encontradas en la revisión son: sesgos de recuerdo o de estado emocional en los cuestionarios de autoinforme, bajo tamaño muestral, sesgo de

muestreo por selección de muestra de conveniencia, realización de estudios en el confinamiento por COVID-19 que influenciaba en las emociones maternas, exclusión de madres y bebés con complicaciones en el parto o con patologías de base y muestra no representativa.

Estas conclusiones nos permiten darnos cuenta de que el trastorno de apego relacionado con la cesárea es un problema fácilmente evitable. Conocer los factores de riesgo nos puede ayudar a hacer un seguimiento temprano, para evitar futuras complicaciones y potenciar los factores protectores, para evitar deterioros en el vínculo, o simplemente para mejorarlo. Como el impacto en el vínculo madre-hijo en el parto por cesárea, no se debe como tal al modo de parto, sino más bien a las complicaciones asociadas, se podría favorecer un mayor control de los aspectos comentados, dando lugar a un mayor descanso ininterrumpido de las madres para reducir la fatiga, y favorecer una pronta recuperación, un contacto piel con piel más frecuente y temprano, que ayudaría a desarrollar el vínculo y al mismo tiempo la lactancia, ofrecer ayuda en los cuidados neonatales para satisfacer la necesidad de la madre, promover un mayor apoyo social, etc. También se podrían dar asesoramientos adecuados para elegir el método de parto y evitar cesáreas innecesarias, informando de las complicaciones a corto y largo plazo y, como consecuencia, reducir también los costos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. dos Santos Neto CH, Oliveira FS, Gomes GF, Araujo Júnior E, Nakamura MU, de Souza E. Type of Childbirth and its Association with the Maternal-Filial Interaction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Feb 5];42(10):597–606. Available from: <http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1712133>
2. Sarah S, Forozan S, Leila D. The relationship between model of delivery and postpartum depression. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Feb 19];10(4):874. Available from: <http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/4/874/215856>
3. Brubaker LH, Paul IM, Repke JT, Kjerulff KH. Early maternal-newborn contact and positive birth experience. *Birth* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Feb 8];46(1):42–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30144141/>
4. Noyman-Veksler G, Herishanu-Gilutz S, Kofman O, Holchberg G, Shahar G. Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators. *Psychology and Health*. 2015 Apr 3;30(4):441–55.
5. Zanardo V, Soldera G, Volpe F, Giliberti L, Parotto M, Giustardi A, et al. Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*. 2016 Aug 1;99:17–20.
6. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. [cited 2022 May 8]. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
7. Forti-Buratti MA, Palanca-Maresca I, Fajardo-Simón L, Olza-Fernández I, Bravo-Ortiz MF, Marín-Gabriel MÁ. Differences in mother-to-infant bonding according to type of C-section: Elective versus unplanned. *Early Hum Dev* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Feb 2];115:93–8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.09.020>
8. Abuhammad S, AlAzzam M, AbuFarha R. Infant temperament as a predictor of maternal attachment: A Jordanian study. *Nurs Open* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Feb 16];8(2):636–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33570267/>
9. Cetisli NE, Arkan G, Top ED. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da*

- Associacao Medica Brasileira (1992) [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Feb 16];64(2):164–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29641664/>
10. Yoshida T, Matsumura K, Tsuchida A, Hamazaki K, Inadera H. Influence of parity and mode of delivery on mother–infant bonding: The Japan Environment and Children’s Study. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Feb 15;263:516–20.
 11. Nitahara K, Hidaka N, Sakai A, Kido S, Kato K. The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries. *J Perinat Med* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Feb 8];48(5):463–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32229677/>
 12. Myo T, Hong SA, Thepthien BO, Hongkralert N. Prevalence and Factors Associated with Postpartum Depression in Primary Healthcare Centres in Yangon, Myanmar. *Malaysian Journal of Medical Sciences* [Internet]. 2021 Aug 26 [cited 2022 Feb 10];28(4):71–86. Available from: http://www.mjms.usm.my/MJMS28042021/MJMS28042021_08.pdf
 13. Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann MW, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2012 Aug [cited 2022 Feb 5];286(2):309–16. Available from: <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6>
 14. Nasr RS al, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. *PLoS One* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2022 Feb 2];15(2):e0228666–e0228666. Available from: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0228666>
 15. Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women with a High Cesarean Delivery Rate. <https://home.liebertpub.com/jwh> [Internet]. 2011 Dec 14 [cited 2022 Apr 19];20(12):1881–6. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2011.2842>
 16. Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2022 Apr 15];135(1–3):77–81. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711004125>

17. Sirvinskiene G, Zemaitiene N, Jusiene R, Markuniene E. PREDICTORS OF EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN 1-YEAR-OLD CHILDREN: A LONGITUDINAL PERSPECTIVE. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Feb 19];37(4):401–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27336695>
18. Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN - GuíaSalud [Internet]. [cited 2022 Apr 27]. Available from: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depression-adulto-niveles/>
19. Nasr RS al, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. *PLoS ONE*. 2020 Feb 1;15(2).
20. Watt S, Sword W, Sheehan D, Foster G, Thabane L, Krueger P, et al. The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 2];41(6):728–37. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01394.x>
21. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*. 2014 Oct 1;10(4):456–73.
22. Forti-Buratti MA, Palanca-Maresca I, Fajardo-Simón L, Olza-Fernández I, Bravo-Ortiz MF, Marín-Gabriel MÁ. Differences in mother-to-infant bonding according to type of C-section: Elective versus unplanned. *Early Human Development*. 2017 Dec 1;115:93–8.
23. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2014 Oct 1;35(4):459–72.
24. Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research*. 2015 May 1;28(2):116–20.
25. Cinquetti M, Colombari AM, Battisti E, Marchetti P, Piacentini G. The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. *Pediatr med chir*

- [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 2];41(1):17–21. Available from: <https://dx.doi.org/10.4081/pmc.2019.207>
26. Sockol LE, Battle CL, Howard M, Davis T. Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. *Archives of Women's Mental Health* [Internet]. 2014 Oct 19 [cited 2022 Apr 13];17(5):465–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-014-0419-6>

ANEXOS:

Anexo 1. Ficha técnica para revisiones bibliográficas.

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna	
2		1	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Sarah S, Forozan S, Leila D. The relationship between model of delivery and postpartum depression. Annals of Tropical Medicine and Public Health [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2022 Feb 19];10(4):874. Available from: http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/4/874/215856		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	El embarazo es una etapa llena de estrés y cambios fisiológicos y psicológicos, que convierten a la mujer en más vulnerable para sufrir enfermedades mentales, entre ellas, la depresión, siendo la incidencia en mujeres, 2 veces mayor que en hombres, dado a factores como el embarazo, el estatus social, cambios hormonales, indefensión aprendida, etc. Estos factores predisponentes son abordables para la prevención de esta enfermedad. Al tener una alta y creciente prevalencia y un gran impacto para la vida de la mujer, se hace evidente la necesidad de conocer mejor los factores de riesgo para prevenir el daño psicológico.	
	Objetivo del estudio	Identificar la relación entre el modo de parto y la depresión postparto, con el fin de aplicar medidas efectivas para prevenirla.	
Metodología	Tipo de estudio	Descriptivo transversal	
	Año de realización	2017	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Inventario de depresión de Beck

		Registro de datos cuantitativos	Análisis de datos obstétricos
		Otras	Métodos estadísticos descriptivos e inferenciales con software
	Población y muestra	Todas las mujeres embarazadas que dieron a luz en el verano de 2013 en Kermanshah, remitidas a los centros de salud, que fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio por conglomerados.	
Resultados relevantes	<p>La edad de la madre, el tipo de parto, número de partos, la aceptación, el sexo del bebe y la educación materna, sobre la depresión postparto son factores de riesgo.</p> <p>Haber tenido partos anteriores aumenta el riesgo de sufrir depresión postparto, pues la madre tiene menos tiempo libre y aumenta su fatiga. Una edad temprana de la madre, la no aceptación del sexo de su bebé, el nivel de educación bajo de la madre, también aumentan la probabilidad.</p> <p>El 13,8% de las mujeres que sufrieron depresión tuvieron un parto por cesárea urgente, el 8,2% cesárea electiva y el 7,2% parto vaginal. El primer porcentaje se debe por la urgencia, el estrés psicológico que genera y la falta de preparación y conocimiento.</p> <p>También, la depresión durante el embarazo aumenta el riesgo de sufrir parto por cesárea.</p>		
Discusión planteada	<p>En el estudio, la prevalencia de depresión postparto fue de un 33.4%, siendo 13.8% relacionado con cesárea de emergencia, un 8% con cesárea electiva y un 7.2% por parto vaginal. Por lo tanto, se debe se considerar la cesárea como un factor de riesgo importante para la depresión postparto</p>		
Conclusiones del estudio	<p>La prevalencia de depresión postparto es mayor en cesáreas que en partos vaginales.</p>		

	<p>La depresión posparto tiene múltiples efectos negativos sobre la madre, hijo, familia y sociedad que hace evidente la importancia de tener en cuenta los factores de riesgo nombrados para evitarla.</p> <p>Un asesoramiento adecuado para elegir el método de parto y evitar cesáreas puede reducirla evitar complicaciones y reducir los costos sanitarios.</p>		
Valoración (Escala Liker)	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna		
17	2		
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Sirvinskiene G, Zemaitiene N, Jusiene R, Markuniene E. PREDICTORS OF EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN 1-YEAR-OLD CHILDREN: A LONGITUDINAL PERSPECTIVE. Infant Ment Health J [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Feb 19];37(4):401–10. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27336695</p>		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>Estudios demuestran que entre el 10 y el 20% de los niños tienen problemas emocionales o de conducta que, si no se tratan, perduran y se convierten en problemas a largo plazo.</p> <p>Identificar los problemas a edad temprana es posible y crucial, ya que permite una actuación temprana para evitar el desarrollo de los problemas. Esta detección también puede ayudar a conocer los factores de riesgo; la depresión materna, el estrés durante y después del</p>	

		embarazo, el uso materno de sustancias, crianza adversa...		
	Objetivo del estudio	Evaluar los factores de riesgo biomédicos y psicosociales para los problemas de salud mental de los niños y revelar los problemas emocionales y de comportamiento en niños de 1 año y medio de edad.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.		
	Año de realización	2016		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.	
		Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Presencia de condiciones intranatales/ prenatales biomédicas adversas, modo de parto, funcionamiento fisiológico del recién nacido, peso de nacimiento, características demográficas de la madre, planificación del embarazo, aceptación materna y paterna del embarazo, calidad de la relación de pareja antes y durante el embarazo, consumo de tabaco y	

			alcohol durante el embarazo, angustia emocional materna, actitudes maternas hacia el bebé.
	Población y muestra	Mujeres que dieron a luz a recién nacidos a término en Clínicas Universitarias entre mayo y septiembre de 2009 con parto único, a término y con participación en las tres etapas del estudio.	
Resultados relevantes	<p>Se muestra una correlación entre la aparición de problemas conductuales a los 3 meses y los problemas emocionales y de conducta al año y medio de edad.</p> <p>Los niños con madres mayores a 35 años de edad y con educación secundaria o inferior experimentaron problemas emocionales con más frecuencia.</p> <p>Los niños nacidos por cesárea tuvieron más problemas emocionales que los nacidos vía vaginal. Pero no se observó diferencia entre los niños nacidos vía vaginal con/sin medicación.</p> <p>El funcionamiento fisiológico subóptimo del recién nacido también se asoció con problemas emocionales y conductuales.</p> <p>La aceptación materna complicada del embarazo, una relación de pareja insatisfactoria, la angustia emocional, el tabaquismo materno, la depresión alta, los abortos previos electivos o espontáneos, se asociaron de forma significativa con los problemas emocionales y conductuales de los bebés al año y medio de edad.</p>		
Discusión planteada	<p>La manifestación de problemas emocionales y de comportamiento durante el primer medio año de vida, aumenta el riesgo de sufrir estos problemas emocionales y del comportamiento al año y medio. Se vieron asociaciones entre las condiciones biomédicas con los problemas perinatales al año y medio de edad.</p> <p>También tuvo una asociación significativa con los partos por cesárea. Las madres que tuvieron un parto por cesárea tienen un mayor riesgo de depresión postparto y más síntomas de estrés</p>		

	<p>postraumático en comparación con las mujeres que tuvieron parto vaginal.</p> <p>La respuesta negativa al embarazo por parte de la madre aumenta la probabilidad de sufrir problemas emocionales.</p> <p>Un modo de crianza estricto y rígido se consideró un factor de riesgo para sufrir problemas emocionales.</p> <p>Los síntomas de estrés y ansiedad prenatal se ven relacionados con el TDAH, problemas de externalización, ansiedad, trastornos del sueño y problemas emocionales y conductuales.</p>		
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los problemas emocionales y conductuales al año y medio de edad vienen predichos por las condiciones biomédicas perinatales, factores psicosociales, el parto por cesárea, la aceptación del embarazo, la relación de pareja insatisfactoria, la angustia durante el embarazo y el modo de crianza estricto.</p> <p>Por lo que los factores biomédicos y psicosociales pueden tener consecuencias longitudinales al año y medio en la salud mental de los bebés.</p>		
<p>Valoración (Escala Likert)</p> <p>Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>			

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
11		6
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Nitahara K, Hidaka N, Sakai A, Kido S, Kato K. The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries. J Perinat Med [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Feb 8];48(5):463–70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32229677/	
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>El trastorno del vínculo se conoce como una alteración de las conexiones emocionales de la madre hacia el hijo; indiferencia, irritabilidad, hostilidad, etc. Esto puede afectar en el desarrollo psicosocial y de la personalidad del niño a largo plazo.</p> <p>El parto por cesárea en lugar del parto vía vaginal y el parto por cesárea de emergencia frente al parto por cesárea planeada, afectan de forma negativa la formación del vínculo.</p> <p>No hay estudios sobre el efecto de la anestesia en el vínculo materno-infantil. Habitualmente se elige la anestesia general para inducir rápidamente a la madre cuando se trata de situaciones de emergencia, a pesar de tener complicaciones materno-fetales y de privar del contacto piel con piel inmediato necesario para el vínculo.</p>
	Objetivo del estudio	Investigar los impactos de la anestesia general y neuro axial en el vínculo madre-hijo a mujeres sometidas a parto por cesárea.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio analítico de cohortes prospectivo.
	Año de realización	2020

	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Escala de Vínculo Madre-Infante (MIBS)
	Población y muestra	Puérperas sometidas a parto por cesárea de emergencia en el Hospital Universitario de Kyushu entre febrero 2016 y enero 2019 con anestesia general o neuro axial.	
Resultados relevantes	Las puntuaciones en la escala MIBS fueron más altas en el grupo de mujeres con anestesia general, significando un deterioro del vínculo materno-infantil. Las puntuaciones en “falta de afecto” se vieron significativamente más altas en el grupo de anestesia general que en el grupo de anestesia neuro axial en 1 mes postparto, pero no al alta hospitalaria.		
Discusión planteada	<p>La anestesia general es un factor de riesgo para un deterioro temprano del vínculo madre-hijo. Puede estar relacionado con la falta de contacto piel con piel temprano.</p> <p>Como no hubo diferencia de puntuación entre los dos grupos en la escala MIBS al mes postparto, se puede sugerir que la influencia de la anestesia en el vínculo es transitoria.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>La cesárea de emergencia con anestesia general es un factor de riesgo para sufrir trastornos de apego.</p> <p>Se debería evitar la anestesia general a medida de lo posible o en caso de que se administrara, facilitar una rápida recuperación y tratamiento postoperatorio adecuado para favorecer un contacto piel con piel.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
8	7
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Abuhammad S, AlAzzam M, AbuFarha R. Infant temperament as a predictor of maternal attachment: A Jordanian study. Nurs Open [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Feb 16];8(2):636–45. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33570267/
Introducción	<p><i>Resumen de la introducción (max 100 pal)</i></p> <p>El apego materno es el vínculo emocional que establece una madre con su hijo para cuidarle y crear un sentimiento de compromiso. Las características y temperamento del infante y de la madre pueden influir en la calidad de este vínculo.</p> <p>En los infantes, el temperamento determina la actividad, el apego emocional, la autorregulación, la reactividad, etc. Este temperamento se forma tanto por características hereditarias como por características del medio.</p> <p>Un buen vínculo materno-infantil mejora el desarrollo socioemocional, conductual, cognitivo y de salud física del niño.</p> <p>Este vínculo es bidireccional; las reacciones del bebé afectan como la madre interactúa con el bebé.</p>

		La interacción de la madre con el hijo depende del temperamento infantil, del nivel de apego de la madre, del control del comportamiento y de la satisfacción de su rol como madre, circunstancias de la vida, condiciones de trabajo, etc.	
	Objetivo del estudio	Investigar la relación entre el vínculo materno y temperamento infantil durante el primer año de vida del infante y explorar los factores perinatales que influyen en la calidad del apego materno.	
Metodología	Tipo de estudio	Descriptivo transversal.	
	Año de realización	2021	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Maternal attachment inventory (MAI) y Infant Characteristics Questionnaire (ICQ)
	Población y muestra	Mujeres de tres centros de salud materno-infantil de Jordania mayores de 18 años con un embarazo a término con un bebé de 2 a 12 meses de edad, capaces de saber leer y escribir árabe y haber visitado previamente uno de estos tres centros.	
Resultados relevantes	Las puntuaciones en el apego materno de las madres con un hijo con temperamento fácil fueron significativamente mejores que las madres con un hijo con temperamento impredecible y difícil.		
Discusión planteada	<p>El temperamento infantil es un predictor del apego materno al infante. Por lo que tener un bebé fácil, hace que la madre sea más apegada y receptiva a los cuidados del bebé. Mientras que las madres con un bebé con temperamento más difícil, tiene un nivel de apego e interacción más bajo.</p> <p>El otro único factor que contribuye en la variación del vínculo es la planeación del embarazo; planear un embarazo mejora el apego</p>		

	<p>materno, ya que ayuda a aceptar de manera psicológica la responsabilidad del nuevo bebé.</p> <p>La edad del bebé y el género no influyen en el apego materno.</p> <p>La lactancia materna también tiene impacto en el apego materno y en el temperamento infantil.</p>		
Conclusiones del estudio	El apego materno se ve influenciado por dos factores significativos; el temperamento del infante y la planificación del embarazo.		
Valoración (Escala Liker) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
12	8
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	T, Hong SA, Thepthien BO, Hongkraitert N. Prevalence and Factors Associated with Postpartum Depression in Primary Healthcare Centres in Yangon, Myanmar. Malaysian Journal of Medical Sciences [Internet]. 2021 Aug 26 [cited 2022 Feb 10];28(4):71–86. Available from: http://www.mjms.usm.my/MJMS28042021/MJMS28042021_08.pdf

Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>A pesar de que la depresión postparto es un problema de salud frecuente que afecta a la mortalidad y morbilidad materna e influye en el desarrollo socioemocional y cognitivo de los niños, sigue sin reconocerse ni tratarse adecuadamente en los países de ingresos bajo y medios.</p> <p>La mayoría de estudio de la depresión postparto se han realizado en países de ingresos altos, aun siendo mayor la prevalencia en los países de medios y bajos ingresos.</p> <p>Las desventajas socioeconómicas, el desempleo, los bajos ingresos y educación, el consumo de tabaco después del parto, la paridad, el modo de parto, la intención de embarazo, el parto prematuro, la lactancia materna y el historial de depresión materna son factores de riesgo para desarrollar depresión postparto. Además, la atención posnatal y prenatal, el apoyo social y las relaciones interpersonales tienen impacto sustancial en la salud mental de las madres.</p>		
	Objetivo del estudio	Identificar la prevalencia de la depresión postparto y sus factores asociados entre las madres postparto en Myanmar.		
Metodología	Tipo de estudio	Descriptivo transversal.		
	Año de realización	2021		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) y El cuestionario posparto de apoyo social (PSSQ)	

	Población y muestra	Madre puérperas registradas en centros de salud seleccionados en el área rural y urbana con menos de 6 meses de puerperio, que podían leer y entender el idioma Myanmar, mayores de 18 años y que pudieron acceder a la encuesta en línea y dieron su consentimiento.
Resultados relevantes		<p>De 220 madres, el 31.8% tenía depresión postparto (DPP).</p> <p>Se asoció significativamente el estado civil de las madres, el ingreso familiar mensual, el tabaquismo, mascar tabaco, la paridad, el n° de hijos vivos, los antecedentes de depresión prenatal, el lugar de nacimiento, el modo de parto, la intención de embarazo y la lactancia y alimentación complementaria con la DPP.</p> <p>El tiempo de viaje al centro de salud, la frecuencia de atención prenatal recibida y las 24h posteriores al parto, también influyó de manera significativa en la DPP.</p> <p>El parto prematuro se asocia inversamente con la DPP.</p>
Discusión planteada		<p>En comparación con otros estudios, este estudio demostró una prevalencia 1.5 veces mayor de DPP. Es posible que esta diferencia sea debida a que este estudio incluyó a centros de salud de zonas rurales y no solo de las zonas urbanas. Además, también pudo influir el aumento de preocupación y de estrés de las madres por el confinamiento por el COVID-19, ya que el estudio se realizó en ese periodo.</p> <p>Los valores sociodemográficos no fueron significativos. Pero el estado civil, el ingreso familiar y el consumo de tabaco y tabaco de masticar sí que lo fueron.</p> <p>El embarazo no deseado puede provocar una respuesta emocional negativa y por lo tanto asociarse a la DPP. Además, aquellos embarazos con un intervalo de tiempo menor a 2 años entre embarazos tenían una probabilidad mayor de sufrir DPP.</p> <p>Las madres que no había tenido partos anteriores prematuros tenían más probabilidades de sufrir depresión.</p>

	<p>Se vio una asociación positiva entre la depresión prenatal y la depresión postparto.</p> <p>Las mujeres que no tuvieron visitas de atención prenatal tenían más probabilidades de desarrollar DPP.</p> <p>Un bajo apoyo social también está asociado con la DPP.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>El 31.8% de las mujeres encuestadas tenían DPP. La intención de embarazo, el estado de lactancia, el intervalo entre nacimientos y la frecuencia de atención prenatal recibida y el tiempo de desplazamiento hasta los centros de salud se asocia de manera significativa con la DPP.</p> <p>Los resultados del estudio facilitaron la aplicación de medidas de salud mental en los centros de salud.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
3	10

Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Brubaker LH, Paul IM, Repke JT, Kjerulff KH. Early maternal-newborn contact and positive birth experience. Birth [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Feb 8];46(1):42–50. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30144141/	
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>La experiencia del parto es algo que marca al desarrollo de la mujer en la salud mental, en la decisión de hijos posteriores y en la vinculación con su hijo.</p> <p>Las mujeres que tienen un parto por cesárea tienen una experiencia de parto menos positiva. Cada vez se le da más importancia a los primeros minutos de contacto madre-hijo después del parto para favorecer la lactancia exitosa, el vínculo y la experiencia de parto positivo. Pero aun existen hospitales con rutinas que impiden este contacto precoz.</p> <p>No existen estudios que demuestren como el primer momento de contacto madre-hijo se relaciona con el modo de parto y la experiencia de parto.</p>
	Objetivo del estudio	Investigar las asociaciones entre los factores demográficos, clínicos e intervalos de tiempo antes del primer contacto entre madre-hijo y los efectos de estos intervalos de tiempo en la experiencia materna de parto.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohorte prospectivo.
	Año de realización	2019

	Técnica recogida de datos	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Escala de Intervalo de Tiempo Combinado
		Escala (Validada/No validada)	Escala de experiencia del parto de FBS.
		Registro de datos cuantitativos	Datos del First Baby Study (FBS)
	Población y muestra	Mujeres nulíparas entre 18 y 35 años, que hablaban inglés o español, esperaban feto único y planeaban dar a luz en el hospital de Pensilvania.	
Resultados relevantes	<p>Hubo 155 mujeres que tuvieron un parto por cesárea planificado y 708 que tuvieron un parto por cesárea no planificado. La mayoría de las mujeres pudieron ver a su hijo de inmediato.</p> <p>Menos de la mitad de las mujeres que tuvieron un parto por cesárea no planificado vio a su hijo de inmediato después de nacer. Sin embargo, el 87,6% de mujeres con parto vaginal, vieron a su hijo de inmediato.</p> <p>Las mujeres que tuvieron un parto vaginal reportaron una experiencia más positiva que aquellas mujeres que tuvieron un parto por cesárea.</p>		
Discusión planteada	<p>Los resultados demuestran que cuanto más cortos son los intervalos de tiempo entre el momento del parto y el primer contacto piel con piel, es mejor la experiencia de parto. Incluso aquellas madres que tuvieron un parto por cesárea pero que pudieron tener contacto de inmediato con su hijo, tuvieron una experiencia positiva de parto.</p> <p>Las experiencias de parto en las mujeres que han tenido cesárea son menos positivas que las mujeres que han tenido parto vaginal.</p>		
Conclusiones del estudio	El tiempo hasta el primer contacto entre la madre y el hijo es importante para una buena experiencia de parto. Cuanto menor sea este intervalo, mejor será la experiencia de parto.		
Valoración (Escala Likert)	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
13	11
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Goecke TW, Voigt F, Faschingbauer F, Spangler G, Beckmann MW, Beetz A. The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2012 Aug [cited 2022 Feb 5];286(2):309–16. Available from: https://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6
Introducción	<p>Resumen de la introducción (max 100 pal)</p> <p>La depresión postparto tiene efectos perjudiciales en el bienestar materno y en el desarrollo neonatal y en el vínculo. Los factores de riesgo para la depresión pueden ser factores estresantes reales (bajo peso del bebé al nacer, abortos espontáneos previos, parto por cesárea...) y factores predisponentes (variaciones genéticas).</p> <p>Identificar a las madres con riesgo de sufrir depresión, podría ayudar a prevenir y ofrecer terapia en los meses anteriores y posteriores del parto.</p>

	Objetivo del estudio	<p>Investigar la asociación de apego prenatal al niño por nacer y la depresión durante y después del embarazo en primíparas sin factores de riesgo específicos para la depresión postparto.</p> <p>Explorar el desarrollo de los síntomas depresivos desde el tercer trimestre hasta 18 meses después de nacer, teniendo en cuenta la influencia demográfica y de factores perinatales (nivel de educación, pérdida de control en el parto y gravedad de lesión vaginal).</p>	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.	
	Año de realización	2012	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Cuestionario sobre el embarazo
		Escala (Validada/No validada)	Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), Escala de Apego Prenatal Materno (MAAS)
		Registro de datos cuantitativos	Datos del expediente del paciente
Población y muestra	Mujeres primíparas después de la semana 30 de embarazo, sin abortos espontáneos habituales, entre 18 y 40 años, sin embarazo por medicina reproductiva ni malformaciones fetales graves y sin trastornos psiquiátricos ni epilepsia.		
Resultados relevantes	Cuanto mayor era la escolaridad de las participantes, más bajas eran las puntuaciones para la depresión en el último trimestre de embarazo.		

	<p>Las mujeres que habían experimentado uno o dos abortos espontáneos previos mostraban más síntomas depresivos que las mujeres que no lo experimentaron.</p> <p>Cuanto mejor era el apego, menor era la puntuación de depresión durante y después del embarazo.</p> <p>El bienestar durante el embarazo se correlacionó negativamente con la depresión pre y postparto.</p> <p>Las mujeres que tuvieron cesárea de emergencia tuvieron puntuaciones más altas en depresión que las mujeres que tuvieron parto por cesárea planeada.</p> <p>Cuanto mayor eran las lesiones vaginales, más riesgo de sufrir una depresión postparto.</p>		
<p>Discusión planteada</p>	<p>Los síntomas depresivos en el último trimestre muestran estabilidad, incluso hasta los 18 meses después del parto. Por lo que evidencia la importancia de detectar de forma temprana los síntomas depresivos.</p> <p>La calidad del vínculo prenatal se correlaciona negativamente con los síntomas depresivos, por lo que se trata de un factor protector.</p> <p>Los modos de parto donde había menos control de la situación (cesáreas) y donde la gravedad de lesiones vaginales era mayor, se asociaron de forma significativa al riesgo desarrollar síntomas depresivos.</p>		
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>El tratamiento de la prevención de la depresión parece más efectivo que los programas que informan sobre la depresión pre y postparto. Se necesita crear más consciencia sobre los síntomas de depresión pre y postnatal, el apego materno y los efectos psicológicos del modo de parto.</p>		
<p>Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para</p>	<p>Likert 4</p>		<p>Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</p>

responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
4	12
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Noyman-Veksler G, Herishanu-Gilutz S, Kofman O, Holchberg G, Shahar G. Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators. <i>Psychology and Health</i> . 2015 Apr 3;30(4):441–55.
	<p>Resumen de la introducción (max 100 pal)</p> <p>La cesárea es un tipo de parto donde se realiza una incisión en la pared abdominal y uterina de la madre para extraer el feto. Las mujeres que tienen este tipo de parto tienden a tener más dolor, una recuperación más larga y un mayor riesgo de complicaciones en embarazos y partos posteriores.</p> <p>La cesárea puede ser de emergencia o inmediata; se da cuando la madre o el feto están en peligro inmediato una vez iniciado el trabajo de parto. O bien puede ser planificada o electiva; se identifican posibles complicaciones antes de haber iniciado el trabajo de parto (como por ejemplo la posición del feto) y se decide realizarla con una planificación previa para evitarlo.</p>

		<p>El miedo al parto y el estrés materno prenatal aumentan el riesgo de sufrir cesárea de emergencia y la probabilidad de que la madre elija cesárea electiva.</p> <p>Las primeras horas postparto son cruciales para el desarrollo de la interacción madre-hijo. Este periodo se puede ver interrumpido por factores que provocan una separación prolongada de la madre y el hijo.</p> <p>El sentido de coherencia (SOC) es un sentimiento global y duradero de confianza en los individuos para gestionar, predecir y comprender su entorno. Cuanto mejor sea el SOC, menos complicaciones tendrá el postparto.</p> <p>El apoyo social también se considera un factor protector para el desarrollo del TEPT.</p>	
	Objetivo del estudio	Investigar el papel protector del sentido de coherencia y el apoyo social percibido en el efecto de la cesárea de emergencia o electiva sobre los síntomas psicológicos posnatales y el deterioro del vínculo madre -hijo.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.	
	Año de realización	2015	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Cuestionario de vinculación postparto,
Escala (Validada/No validada)		Escala de depresión postparto de Edimburgo, Escala de	

			diagnóstico postraumático.
	Población y muestra	Mujeres de habla hebrea que dieron a luz por cesárea de emergencia, cesárea electiva o por parto vaginal de 2 a 4 días después del nacimiento.	
Resultados relevantes	<p>Cuando el apoyo social es bajo en una cesárea de emergencia, se correlaciona con un aumento de probabilidad de sufrir TEPT. Mientras que cuando hay un apoyo social alto, no hay ninguna influencia de la cesárea en el TEPT.</p> <p>No se encontraron diferencias significativas entre la cesárea por emergencia y la cesárea electiva.</p>		
Discusión planteada	<p>El SOC predijo una disminución de la sintomatología de depresión y TEPT. El apoyo social amortiguaba el efecto adverso de la cesárea de emergencia sobre los cambios de síntomas del TEPT. No se encontraron diferencias significativas entre el modo de parto y el vínculo con el bebé.</p> <p>En el parto, la influencia de apoyo social en los síntomas del TEPT fue mucho más significativa que el modo de parto.</p>		
Conclusiones del estudio	Las personas con un SOC fuerte se sienten más conscientes de sus emociones, por lo que pueden describirlas fácilmente y no sentirse amenazado por ellas. Y las personas con un apoyo social, sufrirán a largo plazo menos estrés que las personas sin apoyo.		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
20	13	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Watt S, Sword W, Sheehan D, Foster G, Thabane L, Krueger P, et al. The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 2];41(6):728–37. Available from: https://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01394.x	
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	La lactancia materna es el método preferido por los expertos para la alimentación al recién nacido. En Canadá se reconocen principalmente 4 tipos de parto: el vaginal asistido (fórceps y ventosa), el vaginal no asistido, la cesárea planificada y la cesárea no planificada. Es importante conocer el impacto del modo de parto en el inicio y duración de la lactancia materna. Algunos estudios demuestran que las mujeres que tuvieron un parto por cesárea tenían un retraso en el inicio de la lactancia y menos probabilidades de amamantar. Pero otros investigadores no encontraron relación entre el modo de parto y la lactancia.

		Por lo que es importante conocer si el tipo de parto afecta y cómo a la lactancia materna para poder aplicar medidas para disminuir el impacto.	
	Objetivo del estudio	Examinar las relaciones entre el modo de parto y la salud materna e infantil, la utilización del servicio y el costo de la atención a las 6 semanas, 6 meses y 1 año después del alta hospitalaria.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cohortes prospectivo.	
	Año de realización	2012	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Cuestionario de Madres
		Registro de datos cuantitativos	Datos del cuadro del trabajo de parto y parto
Otras		Entrevista telefónica estructurada	
	Población y muestra	Mujeres de 11 hospitales de Ontario, mayores de 16 años, con un parto único de bebé vivo, edad gestacional igual o mayor a 37 semanas, que asumen el cuidado del bebé al alta, competentes para dar el consentimiento y contactables a través de teléfono.	
Resultados relevantes	El modo de parto no se relacionó con la iniciación de la lactancia. Las mujeres que tuvieron cesárea no tenían mas o menos probabilidades del inicio de amamantamiento que las mujeres con parto vaginal. Pero sí que se vio relación significativa entre el inicio de la lactancia y un método de parto no previsto (parto vaginal asistido o cesárea no planificada); tenían mas probabilidades de iniciar lactancia materna que aquellas mujeres que tuvieron el parto esperado.		

	<p>También, las mujeres que tuvieron un tipo de parto inesperado tenían más probabilidades de continuar la lactancia hasta las 6 semanas.</p> <p>No se asoció el inicio y continuación de la lactancia materna con la estancia hospitalaria.</p>		
<p>Discusión planteada</p>	<p>No se encontró una desviación significativa con los subgrupos de edad, estado civil, etnia, idioma, ingresos y educación.</p> <p>Cuando se compara el parto vaginal con la cesárea no se considera un factor determinante en el inicio de la lactancia. Pero si que influye de forma significativa si el modo de parto era el esperado o no. Cuando sucede el modo de parto no esperado, se genera una situación de estrés que puede ser vista como una amenaza por el individuo y para su hijo donde se genera pérdida de control, y a menudo, se utiliza la lactancia como una estrategia de afrontamiento para recuperar ese control perdido.</p> <p>La estancia hospitalaria no resultó un factor significativo para el inicio y continuación de la lactancia.</p>		
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los resultados de este estudio pueden servir para que los hospitales no sigan el sentido intuitivo de priorizar las llamadas de seguimiento a las madres con un tipo de parto no previsto, ya que no es necesario darles la prioridad.</p> <p>La lactancia materna no solo es beneficiosa para los bebés, sino que también sirvo como mecanismo de afrontamiento al estrés por parte de las madres.</p>		
<p>Valoración (Escala Liker)</p> <p>Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación</p>	<p>Likert 4</p>		<p>Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</p>

propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
23		14
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. <i>Frontiers in Neuroendocrinology</i> . 2014 Oct 1;35(4):459–72.	
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	En el momento inmediato después del parto, los recién nacidos presentan comportamientos de proximidad a la madre y comportamientos de reacción a la separación materna. En el parto vaginal se experimenta un estrés beneficioso para el neonato que le ayuda a la adaptación extrauterina. Mientras que en los partos por cesárea se obtiene una concentración inferior de cortisol con mayor riesgo de complicaciones.
	Objetivo del estudio	Evaluar si el modo de parto influye en la respuesta neonatal a la separación materna y describir las reacciones a la separación y restablecimiento del contacto materno en las primeras 48h de vida de los neonatos a término.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.

	<i>Año de realización</i>	2013.
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Grabación en video de las situaciones de separación materno-infantil.
	<i>Población y muestra</i>	La población son mujeres primíparas con embarazo único, sin complicaciones, a término y con parto vaginal inducido por oxitocina o cesárea planificada. Y se eligieron las mujeres que tenían intención de amamantar, un dominio perfecto del español, Apgar >9 en 5 min postparto y consentimiento informado por escrito.
Resultados relevantes	No se observan diferencias significativas en el comportamiento neonatal según el modo de parto. Se observa un tiempo mayor para calmarse después de la separación en los nacidos por vía vaginal. Existe una correlación entre los niveles de cortisol al nacer y el tiempo necesario para calmar al bebé.	
Discusión planteada	<p>Los bebés nacidos por cesárea lloran menos que los nacidos vía vaginal al separarse de su madre, pero no es una diferencia significativa.</p> <p>Las concentraciones de cortisol fueron mayores en los nacidos por vía vaginal que los nacidos por cesárea debido a que estos últimos no experimentan el estrés sufrido por parto vaginal y tienen unos niveles menores de catecolaminas. Existe una correlación entre los niveles de cortisol y el tiempo necesario para calmarse, lo que podría significar una diferencia en la relación de apego.</p> <p>No se observan diferencias en el comportamiento materno según el modo de parto.</p> <p>La mayoría de los neonatos extienden manos y pies y lloran en la separación.</p>	
Conclusiones del estudio	Los nacidos por cesárea lloraron menos que los nacidos vía vaginal, lo que podría indicar una relación de apego alterada y una respuesta alterada del estrés.	

Valoración (Escala Liker)	Likert 4	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
21	15	
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. <i>Maternal and Child Nutrition</i> . 2014 Oct 1;10(4):456–73.	
Introducción	<i>Resumen de la introducción (max 100 pal)</i>	<p>El contacto piel con piel es la colocación de un bebé desnudo sobre la piel desnuda de la madre o el padre y cubierto por mantas o toallas. Se recomienda este contacto a todas las mujeres al menos hasta 1 hora después del parto o hasta después de la primera lactancia e implementarlo en cualquier momento desde entonces.</p> <p>UNICEF recomienda que todos bebés después de un parto vaginal tengan contacto inmediato después del parto y en caso de los partos por cesárea con anestesia general tan pronto como la madre esté alerta y responda.</p> <p>El contacto piel con piel ayuda a la termorregulación del niño, a controlar los niveles de glucosa en sangre, disminuye el riesgo de ictericia, reduce el estrés del parto, fomenta el vínculo madre-hijo y una mayor duración de la lactancia (aunque esto último únicamente se ha</p>

		relacionado con los partos vaginales y no con los partos por cesárea).	
	Objetivo del estudio	Evaluar la evidencia existente sobre la facilitación del contacto piel a piel inmediato o temprano (menos de 1h) después de la cesárea para recién nacidos sanos y a término e identificar facilitadores, barreras y problemas maternos asociados.	
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática.	
	Año de realización	2014	
	Técnica recogida de datos	Otras	Herramientas de Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (CASP)
	Población y muestra	Artículos publicados entre los años 2003 y 2013, en inglés y revisados por pares.	
Resultados relevantes	<p>Dos estudios evaluaron programas para ayudar a implementar el contacto piel con piel inmediato/temprano en el quirófano; modelo Planificar, Hacer, Estudiar, Actuar (PDSA), método de inmersión de Reflexión, Práctica, Educación y Capacitación Combinado con Etnografía para el Éxito Sostenible (PRECESS) y el protocolo de intervención enfermera diseñado para minimizar la separación materno infantil (NIMS) que implementó el contacto en URPA, no en el quirófano. Estos programas consultaban al personal sobre las barreras para facilitar el contacto, para dar soluciones, desarrollar un diagrama de flujo, educarlos para alentar este contacto.</p> <p>Los autores compararon datos del contacto piel con piel antes y después de aplicar el programa; el contacto en cesáreas aumentó un 45% a los 3 meses y un 60% a los 9 meses.</p>		

	<p>Cuatro estudios hablaban de los desafíos para poder brindar contacto piel con piel en los quirófanos. El principal desafío era el personal (miedo al cambio y falta de personal). Otros desafíos eran la distancia entre el quirófano y el departamento de obstetricia y la necesidad de abordar los problemas de seguridad antes de iniciar el contacto.</p> <p>Todos los artículos discutían el bienestar emocional del niño y la madre en el contacto piel con piel. Las madres percibieron que después de las cesáreas, el contacto les permitía vincularse con su hijo y sentirse cercanas a él.</p> <p>Cuatro estudios comentaron que los bebés se sentían relajados con más rapidez si tuvieron contacto piel con piel inmediato.</p> <p>Tres estudios demostraron que las puntuaciones de dolor en las madres eran más bajas si habían tenido contacto piel con piel.</p> <p>Dos estudios no vieron resultados significativos en alteraciones de la estabilidad fisiológica, pero un estudio demostró que los recién nacidos con contacto piel con piel tenían FR más bajas y temperaturas más altas.</p> <p>Dos artículos demostraron con contacto piel con piel, inició y amamantó en promedio una hora antes que el grupo control. Otro artículo comento que no había diferencias significativas.</p> <p>También se demostró que en el grupo de contacto se redujo significativamente el uso de fórmula artificial.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Existe evidencia de que el contacto piel con piel (SCC) tiene impacto positivo en la madre y en el recién nacido y que puede mejorar los resultados de la lactancia materna.</p> <p>Los 7 artículos destacan beneficios de iniciar SCC de forma inmediata o temprana; estabilidad fisiológica, bienestar emocional de la madre y la del recién nacido, reducción del dolor materno, aumento de la comunicación de los padres y mejora en los resultados de la lactancia.</p> <p>Esta revisión proporciona evidencia de que el contacto piel con piel temprano es factible en quirófanos. Para esto es necesario que el</p>

	<p>personal reciba educación y capacitación sobre como implementarlo.</p> <p>Las mujeres que tienen una cesárea tienen menos niveles de oxitocina, que ayuda en el proceso del vínculo, y es menos probable que inicien el proceso de lactancia materna, por lo que el SCC ayuda a crear este vínculo y a iniciar la lactancia.</p> <p>Es importante que los hospitales faciliten esta opción para todas las mujeres después del parto, independientemente de la modalidad del parto.</p>		
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>El contacto piel con piel se puede proporcionar de forma segura e inmediata en los quirófanos con una correcta educación y colaboración del personal y padres.</p> <p>Este contacto piel con piel tiene múltiples beneficios en la madre y el hijo. Por lo que es necesario realizar más investigaciones sobre las barreras, los facilitadores, los resultados a corto y a largo plazo y las experiencias del SCC durante una cesárea.</p>		
<p>Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 3		<p>Relevante por la metodología de investigación pero con resultados poco interesantes para nuestro estudio</p>
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>			

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
24		16
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Lai YL, Hung CH, Stocker J, Chan TF, Liu Y. Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal-infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. Applied Nursing Research. 2015 May 1;28(2):116–20.	
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>La fatiga postparto es una experiencia común entre las mujeres. Puede afectar de forma negativa el funcionamiento físico y mental de las madres, las actividades del cuidado de los bebés y la interacción madre-hijo.</p> <p>Por lo que es importante el descanso ininterrumpido de las madres después del parto. Pero muchas veces es difícil poder aplicarlo ya que muchos hospitales piden a las madres que estén con sus bebés 24 horas al día, independientemente el tipo de parto, amamantando a demanda y realizando y aprendiendo los cuidados del bebé.</p> <p>Además, los altos niveles de melatonina de las madres agotadas pueden ser transmitidos a los bebés a través de la lactancia, haciendo que impida que los bebés alcancen ciclos adecuados de sueño y vigilia y haciendo que al mismo tiempo aumente la fatiga de la madre.</p> <p>Diferentes estudios muestran que las mujeres que han tenido un parto por cesárea tienen más fatiga postparto, dolores corporales y dificultades en la lactancia y en el cuidado del bebé que las mujeres que han tenido un parto vaginal.</p>

		Las mujeres desarrollan el apego madre-hijo a través de la alimentación al bebé y la realización de los cuidados. Por lo que cualquier efecto (malestar y fatiga) que impida la interacción madre hijo, puede crear efectos perjudiciales en la interacción madre-hijo.		
	Objetivo del estudio	Comparar la fatiga postparto, las actividades de cuidado del bebé y el apego materno-infantil después de dos tipos de parto en un entorno de alojamiento conjunto.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio descriptivo transversal.		
	Año de realización	2015		
	Técnica recogida de datos	Escala (Validada/No validada)	Escala visual analógica EVA, Escala de Dificultad en las Actividades de Cuidado del Bebé	
		Otras	Inventario de apego Materno-Infantil (MAI).	
Población y muestra	Mujeres que habían tenido un parto por cesárea o vaginal, habían estado hospitalizadas durante 48-72 horas después del parto, casadas con taiwaneses, que podían leer o escribir chino, había dado a luz a un bebé sano, no tenían trastornos mentales, que habían dado a luz a un bebé sano a término con puntuación Apgar > 7 y sin enfermedades agudas o crónicas.			
Resultados relevantes	Las puntuaciones medias para la fatiga postparto, las actividades de los cuidados del bebé y el apego materno-infantil fueron mayores para el grupo de cesárea que para el grupo de parto vaginal.			

	La fatiga postparto se correlacionó positivamente con mayor dificultad para realizar los cuidados del bebé y se correlacionó negativamente con el apego materno-infantil.			
Discusión planteada	<p>La fatiga postparto es común para los dos tipos de parto sin diferencias significativas.</p> <p>Las mujeres con mayor fatiga tuvieron más dificultades para realizar actividades de cuidado del bebé en un alojamiento conjunto, independientemente si es parto vaginal o por cesárea.</p> <p>Los sentimientos negativos resultantes de esta fatiga pueden afectar de forma negativa al desarrollo del apego materno-infantil.</p> <p>Las mujeres que se habían sometido a una cesárea tenían más fatiga que las mujeres que habían tenido un parto vaginal.</p>			
Conclusiones del estudio	El descanso ininterrumpido es lo que más necesita una mujer después del parto para su recuperación y así poder realizar con menos dificultades las actividades de cuidado del bebé. Por lo que las enfermeras deben abordar la fatiga en la atención postparto inmediata, administrar medidas de alojamiento conjunto centradas en la madre en función de la fatiga y ayudar a cuidar a los recién nacidos en la noche.			
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	<table border="1"> <tr> <td>Likert 4</td> <td></td> <td>Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		
Bibliografía (revisión dirigida)				

Nº Ficha (por orden)		Código de Referencia interna
5		18
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Zanardo V, Soldera G, Volpe F, Giliberti L, Parotto M, Giustardi A, et al. Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. Early Human Development. 2016 Aug 1;99:17–20	
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	El posparto temprano se considera un momento crítico para la formación del vínculo de apego. Existen estudios que demuestran que los partos no vaginales pueden dificultar la relación de apego entre materno-infantil, pero no se diferencia entre cesárea electiva y de emergencia. Se define la cesárea de emergencia como aquella que se realiza una vez empezado el trabajo de parto por complicaciones médicas, mientras que la cesárea planificada es aquella que se realiza antes de iniciar el trabajo de parto pudiendo permitir la elección de día de parto. El estrés sufrido en la cesárea de emergencia podría aumentar el riesgo de sufrir alteraciones en el apego. Por lo que se hace evidente la necesidad de estudiar el efecto del tipo de cesárea en la alteración del vínculo.
	Objetivo del estudio	Determinar la dirección y magnitud del modo de parto (vaginal, cesárea planificada o cesárea de emergencia) sobre el vínculo y emociones en embarazos únicos y a término sin complicaciones.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cohortes prospectivo.

	<i>Año de realización</i>	2016	
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Encuesta/Cuestionario validado	Escala de vinculación de madre a hijo (MIBS, Taylor et al.2005)
	<i>Población y muestra</i>	<p>Población; puérperas, representativa de un país industrializado con niveles educativos avanzados, buen estatus socioeconómico, fertilidad baja y tardía y altas tasas de cesáreas.</p> <p>Muestra; puérperas entre 18 y 46 años con parto vaginal, cesárea planificada o cesárea de emergencia con embarazos únicos, a término y sin complicaciones.</p>	
Resultados relevantes	Las puntuaciones en la escala “Escala de vinculación de madre a hijo (MIBS, Taylor et al.2005)” fueron significativamente mayores en las mujeres con cesárea de emergencia, indicando unión materno-infantil alterada.		
Discusión planteada	<p>Se observó un vínculo significativamente peor en las mujeres con cesárea de emergencia, pero no se observó ninguna diferencia entre las madres con cesárea planificada y parto vaginal.</p> <p>La relación entre el modo de parto y la vinculación puede ser bidireccional; las emociones maternas pueden inferir en el modo de parto y el modo de parto puede inferir en la alteración del vínculo, por lo que no se puede saber de forma clara si lo que influye son los sentimientos maternos en el modo de parto o el modo de parto en la formación del vínculo.</p> <p>Las mujeres que tuvieron cesárea diferían del vínculo materno-infantil solo si se esperaba tener un parto vaginal normal, por lo que la vinculación puede ser más compleja y estar relacionada con algo más complejo que únicamente el modo de parto.</p>		
Conclusiones del estudio	Las mujeres que se someten a una cesárea en un trabajo de parto donde esperan un parto vaginal, se tienen que enfrentar a un		

	<p>empeoramiento del vínculo y hay una alteración de emociones. Por lo que es necesario tener también en cuenta las emociones periparto que pueden afectar al vínculo.</p>		
<p>Valoración (Escala Likert)</p> <p>Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna		
7	19		
<p>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</p>	<p>Forti-Buratti MA, Palanca-Maresca I, Fajardo-Simón L, Olza-Fernández I, Bravo-Ortiz MF, Marín-Gabriel MÁ. Differences in mother-to-infant bonding according to type of C-section: Elective versus unplanned. Early Hum Dev [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Feb 2];115:93–8. Available from: https://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.09.020</p>		
<p>Introducción</p>	<p><i>Resumen de la introducción</i> (max 100 pal)</p>	<p>Según la teoría del apego, los humanos tienen tendencia innata para establecer vínculos de apego con los cuidadores. Los bebés activan estos</p>	

		<p>comportamientos de apego cuando se encuentran angustiados y quieren asegurar su protección y supervivencia.</p> <p>La oxitocina se considera una hormona crucial para la gestión de estos comportamientos, y se ha observado que una separación temprana de la madre y el bebé en el postparto puede alterar la liberación de esta hormona.</p> <p>Estudios anteriores han demostrado que la respuesta al estrés de los bebés cambia según el tipo de parto; los bebés nacidos por parto por cesárea tienden a llorar menos que los nacidos por parto vaginal. La respuesta de la madre al llanto del bebé también varía según el tipo de parto; las madres con parto vaginal son más sensibles al llanto de su bebé.</p> <p>Otros estudios revelaron dificultades asociadas a cesáreas no planificadas para la unión hasta 3 años.</p> <p>En una cesárea no planificada, se activa una cascada neuro hormonal que expone a la madre y al hijo y que inicia el trabajo de parto. Pero en casos de cesárea electiva, no se produce esta activación, por lo que este hecho podría afectar al reconocimiento por parte del bebé y la madre de señales que iniciarían el vínculo madre-hijo.</p>
	<p>Objetivo del estudio</p>	<p>Comparar el vínculo madre-hijo en cesárea planificada versus no planificada dentro de los 48-72h y de 10-12 semanas después del parto.</p> <p>Y comparar las respuestas según el tipo de parto de los lactantes a la separación materna dentro de las 48 a 72 horas posteriores al parto y la lactancia cuando se les dio de alta y a las 10 a 12 semanas.</p>

Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.		
	Año de realización	2017		
	Técnica recogida de datos	Escala (Validada/No validada)	Escala de vínculo entre la madre e hijo (MIBS)	
		Otras	Respuesta a la separación	
Población y muestra	Mujeres con embarazo único, a término, parto por cesárea, puntuación de Apgar superior a 7 a los 5 minutos y con el consentimiento informado firmado.			
Resultados relevantes	<p>El grupo de cesárea electiva (ECS) tuvieron un contacto piel con piel más frecuente que el grupo de cesárea urgente (UCS). Los embarazos del grupo ECS fueron más cortos que los del grupo UCS y las puntuaciones de Apgar a los 5 minutos fueron más altas también en el grupo ECS.</p> <p>No se vieron diferencias significativas en el vínculo de apego en ninguno de los dos puntos temporales.</p> <p>El tiempo medio de llanto fue mayor para el grupo que tenía una vinculación normal.</p> <p>En el estudio se consideraron como variables de confusión la paridad y el contacto piel con piel temprano en la asociación de cesárea y vínculo de apego.</p> <p>No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos de cesárea en el tipo de lactancia.</p>			
Discusión planteada	<p>No se observaron diferencias significativas en el vínculo madre-hijo entre los grupos de cesárea urgente y cesárea planeada. Tampoco se observaron diferencias significativas entre la respuesta del recién nacido a la separación ni en el tipo de lactancia.</p>			

	Las mujeres que tuvieron un vínculo anormal en el momento 1 tenían más probabilidades de tener un vínculo anormal en el momento 2.		
Conclusiones del estudio	<p>El tipo de cesárea no afecta al vínculo madre-hijo en las primeras 72 horas ni a las 12 semanas postparto.</p> <p>No había diferencias en la respuesta de separación según el tipo de parto.</p> <p>Había un mayor riesgo de sufrir alteraciones en la vinculación a las 12 semanas en las mujeres que tuvieron alteraciones en el vínculo en las primeras 72 horas.</p> <p>No se encontraron diferencias en la lactancia según el tipo de cesárea.</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
9	20

<p>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</p>	<p>Cetisli NE, Arkan G, Top ED. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. Revista da Associacao Medica Brasileira (1992) [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 Feb 16];64(2):164–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29641664/</p>	
<p>Introducción</p>	<p><i>Resumen de la introducción (max 100 pal)</i></p>	<p>Existen 4 factores relacionados entre sí para que los padres brinden un ambiente positivo en el desarrollo del bebé; protección contra peligros, cuidado receptivo, lactancia materna y apego saludable.</p> <p>La lactancia materna es el inicio del vínculo entre la madre y el hijo y la lactancia es uno de los principales factores para fomentarlo.</p> <p>Un apego madre-hijo adecuado es muy importante para el desarrollo saludable del bebé. Algunos estudios dicen que las madres que tienen mayores niveles de apego eran aquellas que eran más sensibles, tiernas y participativas ya que afectaban de forma positiva el desarrollo del bebé.</p> <p>Hay estudios que demostraron que el riesgo de problemas y dificultades que se pudieron dar en el puerperio tuvieron mayor frecuencia en el parto por cesárea que en el parto vaginal, y que el retraso en el apego estuvo relacionado con problemas comunes relacionados con la cirugía y el postparto.</p>
	<p><i>Objetivo del estudio</i></p>	<p>Evaluar el apego materno y el comportamiento de alimentación de las madres que dieron a luz a sus bebés por vía vaginal o por cesárea.</p> <p>Y analizar la relación entre el apego materno y la lactancia materna.</p>

Metodología	<i>Tipo de estudio</i>	Estudio descriptivo.	
	<i>Año de realización</i>	2018	
	<i>Técnica recogida de datos</i>	Otras	Formulario de identificación demográfica, el Inventario de apego materno (MAI) y la Herramienta de puntaje de evaluación de lactancia LATCH.
	<i>Población y muestra</i>	Mujeres que asistieron a la consulta de parto de un hospital universitario de Izmir del 15 de julio de 2014 al 30 de mayo de 2015, con parto vaginal o cesárea, primíparas, con embarazo a término sin riesgo, sin un parto de riesgo y que sabían leer y escribir y estaban dispuestas a participar en el estudio.	
Resultados relevantes	<p>No hubo diferencias entre las madres que tuvieron parto por cesárea o vaginal en relación con la edad, la educación, la situación laboral, el nivel de renta, el sexo del bebé y los conocimientos sobre el puerperio.</p> <p>El puntaje en la escala MAI fue mayor en las madres que habían tenido parto vaginal que en las madres que habían tenido parto por cesárea, lo que indica mejor relación de apego en las madres que tuvieron parto vaginal.</p> <p>También hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el puntaje en la escala LATCH de las madres que tuvieron parto por cesárea y las que tuvieron parto vaginal, siendo mayor la puntuación en estas últimas.</p>		

<p>Discusión planteada</p>	<p>En el parto vaginal se produce una liberación de oxitocina con los espasmos del útero. Esta hormona se relaciona con el comportamiento materno y diversos estudios demostraron que la concentración de esta hormona era mayor en los partos vaginales que en los partos por cesárea.</p> <p>La proporción de lactancia materna fue menor en las mujeres que tuvieron parto por cesárea que en las mujeres que tuvieron parto vaginal. Se considera que se puede deber a diferentes factores como por ejemplo la dificultad para tener una posición adecuada para amamantar en el postoperatorio.</p> <p>En algunos estudios se demostró que el bebé llegaba gateando al pecho en un periodo de tiempo más corto cuando habían nacido por cesárea.</p> <p>También se observó una relación positiva entre el amamantamiento y el contacto piel con piel y la relación de apego.</p> <p>Las mujeres que tuvieron parto por cesárea tuvieron peor relación de apego que las mujeres que tuvieron parto vaginal.</p>			
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Las mujeres desarrollan la relación de apego con el niño a través de la lactancia y la realización de los cuidados del bebé. Por lo que cualquier factor que atrase estas actividades puede afectar al desarrollo del apego materno-infantil. Estos problemas se ven más frecuentemente en los partos por cesárea que en los partos vía vaginal.</p> <p>Teniendo en cuenta esto, los profesionales deben alentar a las madres a tener los hijos vía vaginal, haciendo que proporcionalmente aumenten las tasas de lactancia y apego materno. Además, los profesionales deberán apoyar a la madre en el periodo postnatal para prepararle para amamantar y evitar problemas relacionados.</p>			
<p>Valoración (Escala Likert) Valorar el</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Likert 4</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		

artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
25	21
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	Cinquetti M, Colombari AM, Battisti E, Marchetti P, Piacentini G. The influence of type of delivery, skin-to-skin contact and maternal nationality on breastfeeding rates at hospital discharge in a baby-friendly hospital in Italy. <i>Pediatr med chir</i> [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 2];41(1):17–21. Available from: https://dx.doi.org/10.4081/pmc.2019.207
Introducción	<p>Resumen de la introducción (max 100 pal)</p> <p>La OMS y UNICEF indican que la leche materna es el único alimento apropiado para los bebés, y que la lactancia se debe iniciar antes de la primera hora postparto y continuar de forma exclusiva hasta los 6 meses.</p> <p>Estas dos organizaciones crearon los “Diez pasos para una lactancia exitosa” para promover la lactancia materna. Se indica que los hospitales deben rechazar sucedáneos de la leche materna de bajo costo o gratuitos y respaldar una lactancia materna exitosa (promover inicio de la lactancia</p>

		<p>en la primera hora postparto y tener un alojamiento conjunto).</p> <p>Hay pocos estudios que tienen en cuenta los efectos de variables como el tipo de parto, el contacto piel con piel y la nacionalidad materna sobre la lactancia materna.</p>	
	Objetivo del estudio	<p>Evaluar cómo el tipo de parto, el contacto piel con piel y la nacionalidad materna influyen en las prácticas de lactancia materna de los recién nacidos al alta del hospital mediante la observación de una gran población de recién nacidos sanos en el Centro de maternidad del G. Fracastoro Hospital Amigo del Niño de San Bonifacio, Verona, Italia.</p>	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio analítico de cohortes.	
	Año de realización	2019	
	Técnica recogida de datos	Registro de datos cuantitativos	Datos extraídos de las historias clínicas.
	Población y muestra	<p>Todos los bebés sanos nacidos consecutivamente durante 36 meses en el Departamento Materno-Infantil del Hospital Amigo del Niño G. Fracastoro de la Unidad Local de Salud de Verona, Italia.</p>	
Resultados relevantes	<p>La tasa de lactancia materna exclusiva fue mayor en los nacidos por parto vaginal que en los nacidos por cesárea.</p> <p>La tasa de lactancia materna exclusiva fue mayor en los bebés que tuvieron contacto piel con piel tanto en los bebés nacidos por parto vaginal como en los nacidos por cesárea. El contacto piel con piel se llevo a cabo con una frecuencia significativamente menor en los bebés que nacieron por cesárea.</p>		

	<p>La tasa de cesárea y de contacto piel con piel en el grupo de bebés nacidos de madres inmigrantes y de madres italianas fue similar. Pero a pesar de esto, las madres inmigrantes tenían tasas mayores de lactancia materna exclusiva que las madres italianas.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>El estudio demuestra como el tipo de parto, el contacto piel con piel y la nacionalidad materna están asociadas con las prácticas de lactancia materna al alta.</p> <p>Las tasas de lactancia fueron significativamente mayores en los niños que nacieron vía vaginal que en los que nacieron por cesárea. Este dato también se demostró en otros estudios, pero tenían una muestra más pequeña. Estos datos se pueden deber a que después de un parto por cesárea (especialmente electiva) se carece de cambios hormonales que ayudan al comienzo de la lactancia materna, además de que la madre tiene mayor malestar y puede dificultar el contacto cercano y que se da con menor frecuencia el alojamiento conjunto en los partos por cesárea.</p> <p>El contacto piel con piel potencia el reflejo de oxitocina y el apego materno del bebé y el vínculo temprano madre-hijo. Todos estos factores tienen una influencia positiva en el inicio de la lactancia materna, estabilización de la temperatura del bebé, reduce la respuesta de estrés del bebé y el llanto del lactante.</p> <p>Los bebés que tuvieron contacto piel con piel tuvieron unas tasas mayores de lactancia materna exclusiva que los que no lo tuvieron. Al mismo tiempo, los bebés nacidos por vía vaginal tuvieron más contacto piel con piel que los nacidos por cesárea.</p> <p>La tasa de lactancia materna fue mayor en los niños con madres inmigrantes. Puede tener influencia la culturalidad y las creencias religiosas.</p> <p>Otras variables también pueden influir en la lactancia materna; los antecedentes económicos y el nivel educativo de la madre.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Existe una asociación positiva entre la lactancia materna y el parto vaginal, el contacto piel con piel y la nacionalidad extranjera.</p>

<p>Valoración (Escala Likert)</p> <p>Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 4	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna	
10	22	
<p>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</p>	<p>Yoshida T, Matsumura K, Tsuchida A, Hamazaki K, Inadera H. Influence of parity and mode of delivery on mother–infant bonding: The Japan Environment and Children’s Study. Journal of Affective Disorders. 2020 Feb 15;263:516–20</p>	
<p>Introducción</p>	<p><i>Resumen de la introducción</i> (max 100 pal)</p>	<p>El vínculo madre-hijo es una relación única y especial que crea un lazo emocional entre las madres y los hijos. Principalmente, este vínculo se establece desde el primer contacto entre ellos, especialmente en la primera hora de vida.</p> <p>Un vínculo adecuado es importante para el desarrollo socioemocional del bebé, mientras que un retraso en el desarrollo del vínculo puede resultar en trastornos de la vinculación; falta de participación afectiva materna, aumento de la irritabilidad, impulsos agresivos y rechazo al bebé absoluto.</p>

		<p>Se han considerado diferentes factores de riesgo maternos para sufrir trastornos de apego; el empleo, el estado civil, la deseabilidad social, la cesárea, el apoyo social, la paridad y la edad adulta. En los bebés se han encontrado como factores de riesgo el llanto nocturno, el temperamento infantil y el sexo femenino.</p> <p>También se ha demostrado que los síntomas depresivos de la madre se asocian con una posterior mala calidad del vínculo postnatal.</p> <p>En Japón se reconoce la primiparidad como un factor de riesgo potente para la depresión postparto durante el primer mes.</p> <p>En los partos por cesárea, la madre suele estar separada del bebé durante varias horas o días, unos momentos cruciales para establecer el vínculo. Existen estudios que demuestran que no tiene ninguna relación significativa el tipo de parto con la depresión postparto, mientras que otros sí que indican que existe relación.</p>	
	Objetivo del estudio	Investigar las posibles asociaciones entre el modo de parto y el vínculo madre-hijo un año postparto y la influencia de la paridad en el vínculo madre-hijo para cada modo de parto un año después del parto.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.	
	Año de realización	2020	
	Técnica recogida de datos	Escala (Validada/No validada)	Escala MIBS-J (vínculo madre-bebé) con las subescalas LA (falta de afecto) y AR

		(ira y rechazo)) + Datos del Estudio sobre el Medio Ambiente y la Infancia de Japón.
	Población y muestra	Madres primíparas o multíparas con parto por cesárea o parto vaginal y sus hijos hasta que cumplieran 13 años de 15 regiones de Japón.
Resultados relevantes	<p>La puntuación de MIBS-J fue mayor para las primíparas que para las multíparas, lo que indica peor vínculo madre-hijo en las madres primíparas.</p> <p>Las puntuaciones de LA fueron casi idénticas en multíparas y primíparas independientemente del tipo de parto. Pero las madres primíparas tenían puntajes más altos de AR que las multíparas.</p> <p>Las madres que tuvieron cesárea tuvieron puntajes más altos de AR que las madres que tuvieron parto vaginal.</p> <p>No se encontraron diferencias en las puntuaciones de AR para el modo de parto cuando las multíparas habían tenido una cesárea anterior.</p>	
Discusión planteada	<p>Las madres primíparas tuvieron peores puntuaciones en la escala MIBS-J y AR que las madres multíparas, independientemente del modo de parto. También, que las madres primíparas pueden continuar con los síntomas de depresión postparto hasta un año después del parto y afectar de forma negativa al vínculo madre-hijo, mientras que las madres multíparas tendieron a demostrar una mejor tolerancia al estrés, ansiedad y depresión. También se vio una mejora en la depresión postparto en aquellas mujeres que tuvieron anteriormente parto vaginal (esto se puede deber a que la paridad altera la secreción de hormonas como la oxitocina y prolactina y que puede tener un efecto en la salud física y mental de la madre).</p> <p>Las mujeres multíparas con cesárea sin cesáreas anteriores tuvieron puntajes peores en AR que las madres con parto vaginal.</p>	

	<p>Hay estudios que demuestran que la intervención de emergencia y la falta de conciencia afectan de forma negativa a la experiencia de parto.</p> <p>Las puntuaciones de las madres con cesárea multíparas en AR fueron mejores que la de las madres primíparas.</p> <p>No hubo asociación entre el modo de parto en madres primíparas y la vinculación, por lo que el modo de entrega tiene poco efecto en la formación del vínculo.</p> <p>Se considera importante que las madres y los bebés estén cerca después de los partos para favorecer la vinculación.</p>		
Conclusiones del estudio	Las madres primíparas mostraron peor vínculo que las madres multíparas, independientemente del modo de parto.		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)			

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
14	23

<p>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</p>	<p>Nasr RS al, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. PLoS One [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2022 Feb 2];15(2):e0228666–e0228666. Available from: https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0228666</p>	
<p>Introducción</p>	<p><i>Resumen de la introducción (max 100 pal)</i></p>	<p>La depresión postparto (DPP) es un trastorno depresivo mayor que comienza dentro de las 4 semanas después del parto.</p> <p>La DPP está inversamente relacionada con el funcionamiento fisiológico de la mujer, las relaciones maritales y personales, la interacción madre-bebé y el desarrollo social, conductual y cognitivo de los niños.</p> <p>Las madres deprimidas muestran a menudo una respuesta mínima a las interacciones con su bebé y por lo tanto no logran satisfacer sus necesidades socioemocionales.</p> <p>Los niños con madres que tienen DPP tienen mayor riesgo de sufrir abusos, abandono, no crecimiento, hospitalización con problemas de salud, trastornos del sueño...</p> <p>La DPP tiene efectos negativos sobre el desarrollo cognitivo y aprendizaje del bebé.</p> <p>Existe mucha variación de prevalencia de DPP entre diferentes países. Esto se puede deber a diversos factores que influyan sobre la DPP. La falta de apoyo social, el conflicto marital, los antecedentes de depresión, la falta de lactancia materna, el bajo nivel educativo, el desempleo, el embarazo no deseado y los eventos estresantes de vida se consideran factores de riesgo.</p>

	Objetivo del estudio	Determinar la prevalencia de la depresión postparto (DPP) en Riyadh y correlacionarlos con posibles predictores mediante un enfoque transversal.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio descriptivo transversal.	
	Año de realización	2020	
	Técnica recogida de datos	Escala (Validada/No validada)	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)
	Población y muestra	Mujeres entre 16 y 45 años que acudieron a consulta postparto en King Saud Medical City, policlínicas gubernamentales o centros de salud privados sin tratamiento por problemas psicológicos ni niños con enfermedades graves	
Resultados relevantes	<p>De todas las encuestadas, el 38,5% tuvieron depresión postparto. No se encontró ninguna asociación significativa entre las madres que tuvieron depresión y las características sociodemográficas (edad y empleo). Pero sí que se que la DPP en las madres con menos ingresos fue alta.</p> <p>Se observó una asociación significativa entre la DPP y el no apoyo del conyugue y acontecimientos de vida estresantes.</p> <p>No se observó una asociación significativa entre la presencia de DPP y antecedentes de depresión, pero era más frecuente en las mujeres que tuvieron antecedentes depresivos en comparación con las que no lo tuvieron.</p> <p>Se observó una asociación entre el modo de parto y la DPP, siendo más frecuente en las mujeres que tuvieron cesárea.</p> <p>Las madres que tuvieron partos más de tres veces tuvieron más tendencia a la depresión.</p>		

	<p>Las madres que lactaban tuvieron menos incidencia de DPP que las madres que no iniciaron lactancia.</p> <p>No se observó una asociación entre los factores de riesgo maternos e infantiles en la DPP.</p>			
<p>Discusión planteada</p>	<p>Se observó una prevalencia de DPP relativamente alta en comparación con otros estudios regionales. Esto se puede deber a que los otros estudios se realizaron durante un periodo de tiempo mas corto y que las muestras estaban centradas en lugares más concretos.</p> <p>El predictor de DPP con más asociación del estudio fueron los acontecimientos de vida estresantes (exacerbación de trastornos somáticos, enfermedades crónicas...).</p> <p>La investigación científica determina que un adecuado apoyo emocional y positivo de la familia, se puede evitar la indicción de la depresión. Por lo que un apoyo adecuado del conyugue es muy importante para evitar el desarrollo de depresión.</p> <p>Se observó una alta incidencia de depresión en la madres que tuvieron parto por cesárea en comparación con las madres que tuvieron parto vaginal relacionado con el dolor postoperatorio y las complicaciones asociadas.</p>			
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>La prevalencia de DPP fue alta entre los participantes, sobre todo en las que tenían antecedentes de depresión, acontecimientos vitales estresantes, un cónyuge que no daba apoyo y un parto por cesárea.</p> <p>Se considera importante prevenir la DPP aconsejando a cónyuges y familiares para que apoyen a las madres en esta experiencia. Además, se debe evaluar a las madres con alto riesgo para desarrollar DPP y derivar los casos para tratarlos de forma temprana y así evitar el deterioro psicosocial de la familia y crear una buena atmosfera para el desarrollo del recién nacido.</p>			
<p>Valoración (Escala Likert) Valorar el</p>	<table border="1" data-bbox="496 1843 1345 1955"> <tr> <td data-bbox="496 1843 655 1955">Likert 4</td> <td data-bbox="655 1843 730 1955"></td> <td data-bbox="730 1843 1345 1955">Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico</td> </tr> </table>	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico		

artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
1	24
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	dos Santos Neto CH, Oliveira FS, Gomes GF, Araujo Júnior E, Nakamura MU, de Souza E. Type of Childbirth and its Association with the Maternal-Filial Interaction. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Feb 5];42(10):597–606. Available from: http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/html/10.1055/s-0040-1712133
Introducción	<p><i>Resumen de la introducción (max 100 pal)</i></p> <p>El apego madre-hijo surge del establecimiento del vínculo afectivo, pero este vínculo depende de las características de cada relación.</p> <p>La interacción madre-hijo es fundamental para el desarrollo psíquico y de la conducta de los niños. El Protocolo de Observación de Interacción Madre-Hijo (POIMB) es un instrumento que sirve para analizar de forma cuantitativa y cualitativa la interacción madre hijo a través de la grabación en video de sus comportamientos en la</p>

		interacción y el posterior análisis de observadores capacitados.		
	Objetivo del estudio	Evaluar la calidad del vínculo madre-hijo en tres contextos diferentes relacionados con el trabajo de parto; parto vaginal, cesárea electiva y cesárea intraparto.		
Metodología	Tipo de estudio	Descriptivo transversal.		
	Año de realización	2020		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Cuestionario para datos de gestación, parto, puerperio, lactancia y datos sociodemográficos de la familia.	
		Otras	Grabaciones en vídeo POIMB.	
	Población y muestra	Niños nacidos a término sin complicaciones mayores durante el embarazo y parto, de 3 a 4 meses de edad, y sus madres primíparas de 20-35 años residentes de Palmital y Ourinhos.		
Resultados relevantes	<p>Respecto a los datos demográficos, no hubo diferencias significativas entre los grupos relacionadas con la edad, estado civil, nivel de escolaridad, planificación gestacional, ingresos familiares, tipo de maternidad y edad del niño en el momento del abordaje. Pero sí que hubo diferencias en los tres grupos en la edad gestacional del parto, la lactancia y el peso al nacer.</p> <p>Las madres que tuvieron un parto vaginal respondieron mejor al comportamiento social del niño y mostraron una mayor sensibilidad, contacto visual y mayor atención al niño que las mujeres que tuvieron parto por cesárea.</p>			

	<p>Los niños que nacieron vía vaginal miraron con mayor frecuencia la cara de la madre y respondieron más frecuente e intensamente al estímulo comunicativo de la madre.</p> <p>La cantidad de sonrisas, el humor infantil, la vocalización del niño y la cantidad de llanto fueron similares en los tres grupos.</p>		
Discusión planteada	<p>El desarrollo del apego es importante que se dé en los primeros meses de vida del bebé.</p> <p>El parto se considera un fenómeno holístico porque involucra diferentes aspectos; biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales... En Brasil existe una preferencia a la cesárea, ya que es vista como una atención médica diferente, un parto sin dolor, preservación de la sexualidad... Pero la cesárea únicamente debe llevarse a cabo cuando los beneficios superen los riesgos.</p> <p>Las madres que tienen un parto vaginal muestran con mayor frecuencia un comportamiento amoroso dirigido a sus bebés, teniendo así una mejor interacción madre-hijo.</p> <p>En otros estudios, a parte de concordar con los datos aportados de este estudio, informaron que había una tasa mayor de lactancia materna exclusiva en las madres que habían tenido parto vaginal.</p> <p>Los niños nacidos vía vaginal interactuaron mejor con su madre que los niños nacidos por cesárea.</p> <p>Estas diferencias se pueden deber a que los niveles de oxitocina son mayores en los partos vía vaginal, y esta hormona desencadena la lactancia y estimula la interacción.</p> <p>Es importante que los profesionales ayuden a la estimulación de la lactancia y al contacto piel con piel en los partos por cesárea.</p>		
Conclusiones del estudio	<p>El estudio concluye que la interacción madre-hijo es más grande y mejor en los partos vaginales que en los partos por cesárea electiva o urgente.</p>		
Valoración (Escala Likert)	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico

Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	
Bibliografía (revisión dirigida)	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
26	25
Cita Bibliográfica (Según Vancouver)	<p>Sockol LE, Battle CL, Howard M, Davis T. Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. Archives of Women’s Mental Health [Internet]. 2014 Oct 19 [cited 2022 Apr 13];17(5):465–9. Available from: http://link.springer.com/10.1007/s00737-014-0419-6</p>
Introducción	<p>Resumen de la introducción (max 100 pal)</p> <p>Las enfermedades de salud mental son comunes entre las mujeres después del parto. Es habitual tener una alteración del ánimo o ansiedad. Es por este motivo, que es importante evaluar el vínculo madre-hijo y detectar de forma temprana la falta de participación afectiva materna, el aumento de la irritabilidad, presencia de impulsos agresivos o rechazo hacia el bebé. En este estudio, se considera importante identificar los factores de riesgo para sufrir alteraciones del vínculo para poder prevenirlos.</p>

	Objetivo del estudio	Evaluar los predictores de deterioro del vínculo madre-hijo entre pacientes psiquiátricos perinatales.		
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cohortes prospectivo.		
	Año de realización	2014		
	Técnica recogida de datos	Encuesta/Cuestionario validado	Cuestionario de vinculación postparto (PBQ)	
		Escala (Validada/No validada)	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)	
		Registro de datos cuantitativos	Formulario de extracción de datos de registros clínicos.	
Población y muestra	Mujeres de 15 a 43 años con sus lactantes de 1 a 44 semanas que estaban tratadas en programa de hospitalización parcial psiquiátrica.			
Resultados relevantes	<p>Las puntuaciones más altas de EPDS se asociaron con una peor puntuación del PBQ (vinculación deteriorada, rechazo/ira patológica y riesgo de abuso).</p> <p>Las mujeres que admitieron tendencias suicidas tenían puntuaciones más altas de vínculo deteriorado que las mujeres que no las tenían.</p> <p>No hubo diferencias en la PBQ entre las mujeres con y sin diagnóstico de ansiedad, abuso de sustancias o trastornos psicóticos.</p> <p>No se asociaron vínculos deteriorados con la edad, pero sí que las mujeres más mayores tenían niveles más alto de rechazo/ira patológica.</p> <p>Las madres con bebés más pequeños y con menos hijos tuvieron niveles más altos de ansiedad, pero ni la edad del lactante ni el</p>			

	<p>número de hijos se asoció con otros aspectos (vinculación deteriorada, rechazo/ira patológica y riesgo de abuso).</p> <p>Las madres con pareja, caucásicas o con educación universitaria tuvieron niveles más altos de vínculo deteriorado, rechazo/ira patológica y ansiedad materna que las madres que estaban solteras o divorciadas, eran no caucásicas o tenían niveles más bajos de educación.</p> <p>Las mujeres que tuvieron cesárea informaron niveles más altos de rechazo/ira patológica significativamente más altos que las madres que tuvieron parto vaginal. Pero no se asociaron las complicaciones postparto con las subescalas de la PBQ (vinculación deteriorada, rechazo/ira patológica y riesgo de abuso).</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Uno de los predictores más fuertes para alteraciones del vínculo madre-hijo fue el nivel de síntomas depresivos maternos, por lo que la gravedad de los síntomas es un predictor importante para la alteración del vínculo.</p> <p>Las mujeres que dieron a luz por cesárea reportaron niveles más altos de rechazo patológico hacia sus hijos que las madres que dieron a luz por parto vaginal. Otros estudios, también muestran que las mujeres que han tenido cesárea son menos propensas a amamantar y frecuentemente tiene un retraso en la primera interacción con los bebés.</p> <p>Las mujeres caucásicas mostraron más vínculos deteriorados y niveles de rechazo/ira patológica que las madres no caucásicas. Se podría deber a las diferencias culturales del embarazo y adaptación postparto.</p> <p>Las madres con hijos de menor edad y con menos hijos, tuvieron niveles de ansiedad más altos. Esto se puede deber por la inexperiencia.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Este estudio muestra la importancia de la gravedad de los síntomas psiquiátricos en la predicción de trastornos del vínculo y da a</p>

	<p>conocer factores demográficos y obstétricos que son relevantes para tener en cuenta para evitar el deterioro del vínculo.</p> <p>Los hallazgos de esta investigación requieren la examinación de otras investigaciones.</p>	
<p>Valoración (Escala Likert)</p> <p>Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio</p>	Likert 4	Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
<p>Bibliografía (revisión dirigida)</p>	<p>Nitahara K, Hidaka N, Sakai A, Kido S, Kato K. The impact of general anesthesia on mother-infant bonding for puerperants who undergo emergency cesarean deliveries. J Perinat Med [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Feb 8];48(5):463–70. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32229677/</p>	

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
16	26
<p>Cita Bibliográfica (Según Vancouver)</p>	<p>Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2022 Apr 15];135(1–3):77–81. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032711004125</p>

Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>La depresión postparto es una de las principales complicaciones para la maternidad, aparte de tener graves consecuencias en la calidad de vida de los miembros de la familia, aumento del riesgo de suicidios e infanticidio y afectación en la interacción materno-infantil.</p> <p>Hay estudios que demuestran que la depresión postparto comienza en los 3 primeros meses después del parto.</p> <p>También, las mujeres que han experimentado depresión postparto tienen una mayor probabilidad de tener episodios posteriores de depresión (relacionados con el parto o no).</p> <p>No existe una información concluyente sobre los factores que afectan a la depresión postparto.</p>	
	Objetivo del estudio	<p>Evaluar la prevalencia de la depresión postparto y medir el efecto combinado de la edad materna en el último parto, el modo del último parto y el estado de la lactancia sobre el riesgo de desarrollo de depresión postparto en las mujeres con edad reproductiva que viven en Ereván.</p>	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de Casos y Controles.	
	Año de realización	2011	
	Técnica recogida de datos	Encuesta/cuestionario de elaboración propia	Cuestionario para explorar relaciones entre depresión postparto y factores de riesgo posibles.
		Escala (Validada/No validada)	Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)

	Población y muestra	<p>Casos: mujeres en edad reproductiva (18-45 años) que vivían en Ereván y tenían un hijo de 1 a 3 meses registrado en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) con puntajes elevados en Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS).</p> <p>Controles: mujeres de edad reproductiva (18-42 años) que vivían en Ereván y tenían un hijo de 1 a 3 meses registrado en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) sin puntajes elevados en Escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) indicando ausencia de depresión postparto.</p>
Resultados relevantes	<p>El IMC actual, la situación laboral, la exposición al humo pasivo, la puntuación de ansiedad por cuidado infantil y la puntuación de autoestima se asociaron de forma significativa con la edad del parto y con la posible depresión postparto.</p> <p>Entre las madres que dieron a luz por parto vaginal, las que tenían menos de 25 años tuvieron más tendencia a depresión que las que tenían más de 25 años. Las madres que tuvieron parto por cesárea tenían más probabilidades de depresión que las madres que tuvieron parto vaginal.</p>	
Discusión planteada	<p>El estudio identificó una prevalencia de DPP del 14,4% de la población estudiada.</p> <p>El estudio determinó, una vez controlados los factores de confusión identificados, las probabilidades de DPP eran mayores en las mujeres menores de 25 años en comparación con las mayores de 25 años. Otros estudios (metaanálisis), demuestran que la edad no es un factor importante.</p> <p>Aumentó significativamente la probabilidad de tener depresión postparto en las mujeres que eran menores de 25 años y dieron a luz a través de cesárea.</p>	

	Este estudio no ha encontrado una asociación entre la lactancia materna y la depresión postparto.		
Conclusiones del estudio	<p>La depresión postparto existe en Armenia, y su prevalencia no difiere mucho en comparación con otras culturas.</p> <p>Existe una asociación entre la edad materna y la depresión postparto. Al mismo tiempo, esta asociación varía según el tipo de parto (aumenta con la cesárea).</p>		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	<p>Sirvinskiene G, Zemaitiene N, Jusiene R, Markuniene E. PREDICTORS OF EMOTIONAL AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN 1-YEAR-OLD CHILDREN: A LONGITUDINAL PERSPECTIVE. <i>Infant Ment Health J</i> [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2022 Feb 19];37(4):401–10. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27336695</p>		

Nº Ficha (por orden)	Código de Referencia interna
15	27
Cita Bibliográfica	Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women

(Según Vancouver)	with a High Cesarean Delivery Rate. https://home.liebertpub.com/jwh [Internet]. 2011 Dec 14 [cited 2022 Apr 19];20(12):1881–6. Available from: https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2011.2842		
Introducción	Resumen de la introducción (max 100 pal)	<p>La depresión postparto (DPP) es un tipo de depresión que se inicia en las 4 primeras semanas postparto. Esta enfermedad afecta a la salud y bien estar de la mujer, a la relación conyugal y a la salud y bienestar del bebé. Además, las mujeres que sufren DPP tiene mayor riesgo de sufrir trastornos depresivos posteriormente.</p> <p>Hay estudios que indican que antecedentes personales o familiares de depresión mayor, estresores psicosociales y factores demográficos, socioculturales y obstétricos (modo de parto) son factores de riesgo para la DPP. Aun así, la etiología de la DPP sigue siendo bastante desconocida.</p> <p>Últimamente se ha observado un aumento de las cesáreas en diferentes países.</p>	
	Objetivo del estudio	Examinar la asociación entre parto por cesárea y depresión postparto.	
Metodología	Tipo de estudio	Estudio de cohortes prospectivo.	
	Año de realización	2011	
	Técnica recogida de datos	Escala (Validada/No validada)	Escala de calificación de apoyo social (SSRS) y Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)

		Otras	Formulario estandarizado de informe de casos para registrar datos demográficos y obstétricos (edad materna, educación, ingresos del hogar, condiciones de vivienda, embarazo planificado/no planificado, gravidez, edad gestacional al parto, peso al nacer, sexo del bebé, modo de parto y tipo de cesárea e indicaciones médicas)
	Población y muestra	Mujeres primíparas casadas entre 20 y 45 años que buscan atención prenatal y planeaban quedarse en la ciudad de Changsha en el postparto y no tenían antecedentes de trastorno bipolar, psicótico o enfermedad crónica importante o complicaciones obstétricas.	
Resultados relevantes	<p>Las mujeres que tuvieron parto por cesárea tendieron a ser más mayores, con ingresos familiares altos, tasa más alta de bajo peso del bebé al nacer y mayor apoyo postnatal.</p> <p>La tasa de depresión postparto fue significativamente mayor para aquellas mujeres que tuvieron un parto por cesárea que para las que tuvieron parto vaginal.</p> <p>Al mismo tiempo, la tasa de depresión postparto fue mayor en las mujeres que tuvieron cesárea electiva que en las mujeres que tuvieron cesárea de emergencia.</p>		

	<p>La tasa de DPP fue mayor para las mujeres que tuvieron en conjunto indicaciones médicas y sociales de cesárea que en las mujeres que solo tenían indicaciones médicas o indicaciones sociales por separado, pero no hubo una asociación significativa.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>El parto con cesárea se asoció con un mayor riesgo de sufrir depresión postparto en comparación con las mujeres que tuvieron parto vaginal.</p> <p>Las mujeres que tuvieron un parto por cesárea tendieron a ser más mayores, a tener ingresos más altos, a que el bebé tuviera alto o bajo peso al nacer y un mayor apoyo social, pero estas diferencias fueron pequeñas clínicamente.</p> <p>La mayoría de las mujeres que tuvieron parto por cesárea lo hicieron más por influencia social que por indicación médica (pero esto se puede ver un poco sesgado ya que se excluyó a las mujeres con complicaciones maternas y neonatales graves). Esto indica, que el aumento de la probabilidad de DPP se puede deber a las consecuencias como tal de la cesárea (complicaciones de la cirugía, postoperatorio, etc.) y no a las situaciones que provocan que sea necesaria una cesárea.</p> <p>Se observó una tasa de DPP en las mujeres con cesárea electiva en comparación con las mujeres que tuvieron una cesárea de emergencia.</p> <p>Se considera el apoyo social como un factor de riesgo para la DPP. Varios estudios determinaron cuanta más ansiedad, neuroticismo, vulnerabilidad, depresión, baja autoestima, insatisfacción con la pareja y falta de apoyo social reportaron las mujeres, más ansiedad relacionada con el embarazo y miedo al parto vaginal.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>El parto por cesárea se asocia con un mayor riesgo de depresión posparto en la cohorte de mujeres chinas con altas tasas de cesárea no indicadas medicamente. No se conoce el motivo de estos resultados, pero es necesario que se vigile el impacto negativo del parto por cesárea sobre la salud mental de las madres por los sanitarios.</p>

	Es necesario informar a las madres de los riesgos a corto y largo plazo de las cesáreas, sobre todo a aquellas que no tienen la indicación médica.		
Valoración (Escala Likert) Valorar el artículo según su relevancia para responder a la pregunta de investigación propuesta en vuestro estudio	Likert 4		Relevante por la metodología, resultados, conclusiones y marco teórico
Bibliografía (revisión dirigida)	Nasr RS al, Altharwi K, Derbah MS, Gharibo SO, Fallatah SA, Alotaibi SG, et al. Prevalence and predictors of postpartum depression in Riyadh, Saudi Arabia: A cross sectional study. PLoS One [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2022 Feb 2];15(2):e0228666–e0228666. Available from: https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0228666		

Anexo 2. Tabla de artículos seleccionados para la revisión

Artículo (N.º ficha)	Año de publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos a estudio	Fuente de datos	Tamaño muestra	Rango edad	Nivel de evidencia (SIGN)	Grado recomendación (SIGN)
1	2017	Sarah SB	Kermanshah	2013	Centros de salud de Kermanshah	Mujeres embarazadas que dieron a luz en el verano de 2013, y fueron remitidas a centros de salud de Kermanshah	Inventario de depresión de Beck, análisis de datos obstétricos	1392	Mujeres en edad fértil	3	D
2	2016	Sirvinskienė G	Lituania	2009	Hospital de la Universidad Lituaniana de Ciencias	Mujeres con embarazo único, que dieron a luz a niños nacidos a término en clínicas universitarias, y sus bebés.	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y cuestionario de elaboración propia para	172 niños y sus madres.	37-42 semanas de gestación	2+	C

					de la Salud (LUHS)		evaluar las variables de estudio				
6	2020	Nitahara K	Kyushu	2016-2019	Hospital Universitario de Kyushu	Puérperas sometidas a parto por cesárea de emergencia en Hospital Universitario de Kyushu.	Escala de Vínculo Madre-Infante (MIBS)	488	Mujeres en edad fértil	2+	C
7	2021	Abuhammad S	Jordania	2018	Centros de salud de Jordania	Mujeres de 3 centros de salud de Jordania > 18 años con embarazo a término con un bebé de 2-12 meses.	Maternal Attachment Inventory (MAI) y Infant Characteristics Questionnaire (ICQ)	278	Mujeres > 18 años y bebés entre 2-12 meses.	3	D
8	2021	Myo T	Myanmar	2020	Centros de salud en área rural y urbana selecciona	Mujeres con menos de 6 meses de puerperio, mayores de 18 años y registradas en los	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y	220	Mujeres > 18 años	3	D

					dos en Myanmar.	centros de salud mencionados.	Cuestionario postparto de apoyo social (PSSQ)				
10	2019	Brubaker LH	Pensilvania	2009-2011	76 hospitales de Pensilvania	Mujeres nulíparas con embarazo único, que esperaban dar a luz en el hospital de Pensilvania	Escala de Intervalo de Tiempo Combinado, Escala de experiencia del parto de FBS, Datos del First Baby Study (FBS)	3006	Mujeres 18-35 años	2+	C
11	2012	Goecke TW	Erlangen, Alemania	2010	Hospital Universitario	Mujeres primíparas con más de 30 semanas de embarazo, sin complicaciones fetales ni maternas graves.	Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), Escala de Apego Prenatal Materno	161	Mujeres entre 18-40 años	2+	C

							(MAAS), Datos del expediente del paciente y Cuestionario sobre el embarazo.				
12	2015	Noyman-Vekseler G	Israel	2013	Centro médico Soroka	Mujeres con cesárea de emergencia, cesárea electiva o parto vaginal, de 2 a 4 días postparto.	Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS), Escala de diagnóstico postraumático, Cuestionario de vinculación postparto, Cuestionario de apoyo social.	142	Mujeres en edad fértil.	2+	C

13	2012	Watt S	Ontario, Canadá	2006-2008	11 hospitales de Ontario	Mujeres > 16 años, con parto único de bebé vivo, igual o mayor a 37 semanas de gestación, que asumen el cuidado del bebé al alta y son contactables por teléfono.	Cuestionario de Madres, Datos del cuadro de trabajo de parto y parto y Entrevista telefónica estructurada	2560	Mujeres > 16 años.	2+	C
14	2013	Olza Fernández I	Madrid, España	2009-2010	Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda	Mujeres primíparas con embarazo único sin complicaciones a término con parto vaginal o cesárea.	Grabación en video de las situaciones de separación materno-infantil.	31 recién nacidos y sus madres.	Mujeres en edad fértil.	2+	C
15	2014	Stevens J	Penrith	2013	CINAHL, Health Collection, PubMed Embase,	Artículos entre los años 2003 y 2013.	Herramienta de Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (CASP)	376 artículos	2003-2013	2++	B

					Medline, Cochrane, Health Source, Scopus, Wiley, Health & Medical Complete y Joanna Briggs Institute						
16	2015	Lai YL	Condado de Pingtung , Taiwán	2013	Hospital de la Universida d Médica de Kaohsiung	Mujeres con parto por cesárea o vaginal, con 48-72h ingreso postparto, sin enfermedades agudas o crónicas, que habían dado a luz a un bebé sano con Apgar > 7.	Escala visual analógica (EVA), Escala de Dificultad en las Actividades de Cuidado del Bebé e Inventario de	120 mujer es.	Mujeres en edad fértil.	3	D

							apego Materno-Infantil (MAI).				
18	2016	Zanardo V,	Abano Terme, Italia.	2014-2015	Salas de maternidad de la División de Medicina Perinatal del Policlínico Abano Terme	Puérperas entre 19 y 46, años con parto vaginal, cesárea planificada o cesárea urgente, con embarazos únicos, a término y sin complicaciones.	Escala de vinculación de madre a hijo (MIBS)	573 madres con sus bebés sanos.	Mujeres de 18-46 años.	2+	C
19	2017	Forti-Buratti MA	Madrid, España.	2015-2016	Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda	Mujeres con embarazo único, a término, parto por cesárea, puntuación igual o superior a 7 a los 5 minutos.	Escala de vínculo entre la madre e hijo (MIBS) y Respuesta a separación.	116 madres.	Mujeres en edad fértil.	2+	C

20	2018	Cetisli NE	Izmir, Turquía.	2014-2015	Hospital Universitario de Izmir.	Mujeres que asistieron a la consulta de parto de un hospital universitario de Izmir, y tuvieron parto vaginal o cesárea, eran primíparas, embarazo a término sin riesgo, sin parto de riesgo.	Formulario de identificación demográfica, Inventario de apego materno (MAI) y Herramienta de puntaje de evaluación de lactancia LATCH.	175 madres.	Mujeres en edad fértil.	3	D
21	2019	Cinquetti M.	Verona, Italia.	2016-2018.	Hospital Amigo del Niño G. Francastoro de la Unidad local de Salud de Verona, Italia.	Bebés sanos nacidos consecutivamente durante 36 semanas en el Hospital Amigo del Niño G. Francastoro de la Unidad local de Salud de Verona, Italia.	Datos extraídos de historias clínicas.	6017 Bebés.	0-36 meses de edad.	2+	C

22	2020	Yoshida T	15 regiones de Japón	Se prevé continuar recogida de datos hasta 2027.	15 regiones de Japón.	Madres primíparas o multíparas con parto vaginal o cesárea y sus hijos hasta los 13 años.	Escala MIBS-J con subescalas LA (falta de afecto) y AR (ira y rechazo) y Datos del estudio sobre el Medio Ambiente y la Infancia de Japón.	82540 madres.	Niños del nacimiento hasta 13 años de edad y sus madres.	2+	C
23	2020	Nasr RS.	Riyadh	2018	King Salud Medical City, policlínicas gubernamentales y centros de salud privados	Mujeres de 16-45 años que acudieron a consulta postparto en King Salud Medical City, policlínicas gubernamentales o centros de salud privados, sin tratamiento para problemas psicológicos,	Escala de Depresión de Edimburgo (EPDS).	279 madres.	Mujeres entre 16 y 45 años.	3	D

						ni bebé con enfermedades graves.					
24	2020	Dos Santos Neto CH.	Sao Paulo, Brasil.	2015	Hospitales de Palmital y Ourinhos.	Niños nacidos a término, sin complicaciones ni en embarazo ni en parto, de 3 a 4 meses de edad, y sus madres primíparas de 20 a 35 años residentes, en Palmital y Ourinhos.	Cuestionario de datos sobre gestación, parto, puerperio, lactancia y datos sociodemográficos y Grabaciones en video POIMB.	81 bebés y sus respectivas madres.	Madres de 20 a 35 años y bebés de 3 a 4 meses.	3	D
25	2014	Sockol LE.	Viena	2005-2007	Hospitales de Viena.	Mujeres de 15 a 43 años, con sus lactantes de 1 a 44 semanas, que estaban tratadas en programa de hospitalización parcial psiquiátrica.	Cuestionario de vinculación postparto (PBQ), Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y Formulario de	180 madres y sus respectivos bebés.	Madres de 15 a 43 años y lactantes de 1 a 44 semanas.	2+	C

							extracción de datos de registros clínicos.				
26	2011	Petrosyan D.	Ereván, Armenia.	2010	Atención Primaria de Salud (APS) de Ereván.	Mujeres en edad reproductiva con un hijo de 1 a 3 meses registrado en APS de Ereván. Casos; puntajes elevados en EPDS. Controles; sin puntajes altos en EPDS.	Cuestionario para explorar relaciones entre depresión postparto y factores de riesgo posibles y Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS).	50 casos y 200 controles.	Madres de 18-45 años y sus bebés de 1 a 3 meses.	2+	C
27	2011	Xie RH.	Changsha, Hunan, República Popular de China.	2007	Hospital Materno Infantil de Hunan y los hospitales	Mujeres primíparas de 20 a 45 años, casadas, que buscaban atención prenatal, sin antecedentes de enfermedades mentales	Escala de calificación de apoyo social (SSRS), Escala de Depresión Postparto de	534 mujeres.	Mujeres entre 20-45 años.	2+	C

					First Affiliated y Third Affiliated de la Central South University .	ni enfermedades crónicas importantes, y sin complicaciones obstétricas.	Edimburgo (EPDS), y Formulario estandarizado de informe de casos para registrar datos demográficos y obstétricos.				
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. Escala SIGN (nivel de evidencia y grado de recomendación).

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Fuente: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.