



Trabajo fin de grado

“Proyecto de intervención educativa para disminuir los riesgos de padecer depresión postparto”

AUTORA:

Carolina Méndez Castro

TUTORAS:

Dra. María Del Carmen Hernández Pérez.

Dra. Aythamy González Darias.

GRADO EN ENFERMERÍA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SECCIÓN DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Tenerife

Curso 2018/2019



Autorización de la tutora para la presentación del trabajo fin de grado

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del trabajo fin de grado

“Proyecto de intervención educativa para disminuir los riesgos de padecer depresión postparto”

Autora: Carolina Méndez Castro

Firma de la alumna:

Tutora: María Del Carmen Hernández Pérez.

Firma de la tutora:

Resumen.

La depresión postparto (DPP) es un trastorno que afecta al estado de ánimo de las puérperas dando lugar así a sentimientos tales como cansancio, tristeza, culpabilidad, desesperanza, desgana e irritabilidad y puede aparecer las cuatro primeras semanas después del parto. Una de cada seis puérperas padece depresión postparto, afectando de esta manera a las mujeres y a los recién nacidos.

Este proyecto tiene como objetivo detectar precozmente la depresión postparto (DPP) con la “escala de depresión postparto de Edimburgo” para minimizar los síntomas a través de una intervención educativa y propone promover hábitos saludables para mejorar la calidad de vida. Este programa se les ofrece a las puérperas entre 18 y 45 años que pertenezcan a los centros de salud Tegueste y Tejina, con una sesión semanal de 1 ó 2 horas a lo largo de un mes. Dicha intervención se repetirá en función de la demanda.

Palabras claves: depresión postparto, puérpera, intervención educativa, trastornos del estado de ánimo, enfermería, escala de depresión postparto de Edimburgo.

Abstract.

Postpartum depression (PPD) is a disorder that occurs in the mood of the people that lead to feelings such as fatigue, sadness, guilt, hopelessness, weariness and irritability and may appear in all four first weeks after delivery. One in six women suffer from postpartum depression, thus affecting women and newborns.

This project aims to detect postpartum depression (PPD) with the escalation of postpartum depression in Edinburgh for the improvement of quality of life. This program is offered to publications of 18 and 45 years, as well as Tegueste and Tejina health centers, with a weekly session of 1 or 2 hours over a month. This intervention will be repeated depending on the demand.

Key words: postpartum depression, puerpera, educational intervention, mood disorders, nursing, Edimburgh postnatal depression scale.

ÍNDICE.

1. Introducción y actualidad del tema.....	1
2. Marco teórico.....	5
2.1 Depresión postparto.....	5
2.1.1 Concepto de la depresión postparto y de los trastornos psicológicos que pueden aparecer durante el puerperio.....	5
2.1.2 Síntomas de la depresión postparto.....	6
2.2 Instrumentos para la detección de la depresión postparto.....	8
2.2.1 Escala de Depresión Postparto de Edinburgh.....	8
2.3 Epidemiología y factores de riesgo.....	8
2.4 Factores protectores.....	10
2.4.1 Aportación de la vitamina D durante el embarazo.....	10
2.4.2 Beneficios de la lactancia materna en la DPP y el vínculo materno-filial.	
2.4.3 Beneficios del método canguro en relación a la DPP.....	10
2.4.4 Mindfulness.....	11
2.5 Autoeficacia materna.....	12
2.6 Afectación de la depresión postparto en el desarrollo infantil.....	12
3. Justificación.....	13
4. Objetivos.....	14
5. Metodología.....	15
5.1 Tipo de estudio.....	15
5.2 Población diana y muestra.....	15
5.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	15
5.4 Ámbito de actuación.....	16
5.5 Duración de las sesiones clínicas.....	16
5.6 Fase de identificación/ captación.....	16
5.7 Inscripción.....	16
5.8 Método de selección de las participantes candidatas para la intervención.....	17
5.9 Método de organización y coordinación.....	17
5.10 Variables e instrumentos de medida.....	17

5.11 Sesiones.....	18
5.12 Medición.....	22
5.13 Cálculo muestral.....	22
5.14 Tratamiento estadístico de los datos.....	22
5.15 Permisos, consideraciones éticas, sesgos y limitaciones.....	22
5.16 Cronograma del proyecto de la intervención educativa.....	24
5.17 Cronograma general.....	25
5.18 Recursos	26
5.19 Presupuesto.....	27
6. Bibliografía.....	29
7. Anexos.....	34

1_ Introducción y actualidad del tema

Durante toda la vida gran parte de la sociedad ha vinculado el embarazo y la maternidad como un término súper valorado, discriminando o banalizando a las mujeres que no concebían la maternidad como un hecho trascendental en la vida. Tanto así que, en anuncios, series y en exclusiva todo lo relacionado con los medios divulgativos como la televisión o las redes sociales siempre intentan vender la imagen de la maternidad o del embarazo como algo maravilloso y excepcional, y nunca muestran la dura realidad.

Antiguamente, la mujer estaba socialmente vinculada a las tareas del hogar, reconociéndose como "amas de casa" y al cuidado de los niños exclusivamente. La mujer de antes dependía bastante del hombre, siendo este el único portador de sueldo al hogar, lo que les permitía en gran parte ser madres a edades tempranas y dedicarse a tiempo completo a sus hijos.

No obstante, la incorporación de la mujer al mundo laboral, conlleva que, de forma implícita, debe dedicar tiempo al cuidado de la casa; la idea de la maternidad se hace un tanto ardua por la difícil compatibilidad del mundo laboral, profesional y familiar. Estos factores hacen que la mujer sea madre a edades tardías, cuando llega su estabilidad laboral o familiar, lo que se llama "mujeres añosas", es decir, aquellas mujeres que conciben la maternidad a partir de los 40 años, cuando pasa a clasificarse como "embarazo de riesgo". Esto lleva a España a ser el segundo país donde se encuentra un alto índice de mujeres primigestas con elevada edad. Asombrosamente, a partir del año 1995, el índice de fecundidad era más alto entre las mujeres que comprendían los 35-39 años que las mujeres entre los 20-24 años.^{1,2}

De hecho, los últimos indicadores demográficos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España en el año 2017 reflejaron que la edad media de las madres embarazadas era de 32 años con una media de 1,31 hijos por mujer.³

Esto se debe en gran parte a que la mujer ha evolucionado aumentando su cualificación laboral y su nivel de estudios requiriendo mayor independencia y autonomía. La mujer actual, antes de llegar a la maternidad plantea sus objetivos de vida para darle un mejor futuro a su descendencia, por lo que se preocupan en determinados aspectos antes de ser madre como:

- Finalizar los estudios. Las mujeres cada vez están más cualificadas obteniendo estudios superiores para acceder a un buen puesto laboral.

- Encontrar una estabilidad laboral, que se vuelve una tarea dificultosa debido al alto índice de desempleos, para tener una solidez económica que permita invertir en una vivienda preferiblemente propia.

- Comenzar la emancipación que, en España, se ha retrasado hasta los 29 años. Este hecho fundamenta que la estabilidad en la pareja, que es un pilar muy importante durante la maternidad, llegue más tarde.

Cuando se consiguen los objetivos anteriormente nombrados, la mujer siente la vital necesidad de disfrutar de esa independencia económica, invirtiendo en tiempo de disfrute como viajes, consumir, divertirse, etc.

Las mujeres, en ocasiones, vislumbran la maternidad como un momento en el que pierden el control de sus vidas, su individualización; la entienden como un alto cargo de responsabilidad que las despoja del disfrute de la vida y que perjudica gravemente su puesto de trabajo. Toda esta vivencia lleva a las mujeres a exigirse sin límites en el trabajo para rendir lo suficiente y compaginar el ideal de maternidad que impone la sociedad. Este alto nivel de autoexigencia, puede derivar a que durante el período del puerperio la mujer sufra diferentes alteraciones en el estado de ánimo.²

El puerperio o el período postparto, es el tiempo que comprende desde la finalización del parto hasta que la mujer recobra el estado no grávido, es decir, hasta que se recupere la involución paulatina de los órganos maternos al estado inicial anterior al embarazo.

El tiempo estimado que dura el puerperio es alrededor de las 6 primeras semanas tras el parto y está compuesto por tres tipos⁴.

Tabla 1: tipos de puerperios.

Tipo	Duración	Características
Puerperio inmediato	Abarca las primeras 24 horas tras el parto a excepción de las dos primeras horas.	Comienza la involución genital, la aparición de los loquios, se produce la secreción láctea y los entuertos.
Puerperio precoz	Desde que finaliza el puerperio inmediato hasta los próximos 10 días aproximadamente	Comienza la involución progresiva de los órganos maternos y la lactancia materna.
Puerperio tardío	Finaliza tras los 40 días tras el parto	Reanudación de la menstruación

Hasta un 80% de las mujeres que se encuentran en este período pueden padecer un trastorno del estado de ánimo. Son aquellos que afectan al estado anímico del individuo, y están enumerados en el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Entre ellos, los más conocidos debido a su alta incidencia son los trastornos depresivos.⁵ “La Academia Americana de Pediatría (AAP) estima que a lo largo de cada año son alumbrados más de 400.000 recién nacidos de madres con trastornos depresivos”.⁶

La depresión postparto (DPP) afecta al estado anímico de quién lo padece, al matrimonio y al entorno social, y puede llevar a las ideas suicidas, no obstante, la DPP

también puede repercutir, “afectando negativamente al desarrollo emocional, conductual, y cognitivo del recién nacido” ⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prevé que para el 2030 el índice de cuadros depresivos aumentará considerablemente convirtiéndose así en la principal causa de morbilidad en todo el mundo.⁸

Para llevar a cabo dicha intervención es fundamental que las participantes sepan diferenciar los conceptos y los síntomas de la psicosis, la tristeza de la depresión postparto en sí, pues estos también pueden suceder durante el puerperio.

2_Marco teórico.

2.1 Depresión postparto.

2.1.1 Concepto de la depresión postparto y de los trastornos psicológicos que pueden aparecer durante el puerperio.

Según estudios realizados en la Universitat de Barcelona en el 2003, la DPP tenía por ese entonces una prevalencia del 10-15% de mujeres que sufrían esta patología⁹, no obstante, en 2017 la OMS afirmó que la depresión postparto perjudicaba a una de cada seis mujeres¹⁰, debido a tan alta incidencia, es de vital importancia mejorar el abordaje que se realiza a las mujeres embarazadas y a las púerperas sobre este tema.

Los trastornos psicológicos más comunes que sufren las mujeres durante el puerperio son: depresión leve o tristeza postparto; depresión y psicosis postparto.

- Psicosis postparto también conocida como psicosis puerperal: trastorno psicótico muy grave que suele aparecer entre la segunda o tercera semana tras el parto. Esta patología va acompañada de una serie de síntomas en los que se refleja alteraciones conductuales, en el estado de ánimo y el lenguaje (verborrea, mutismo, etc.), insomnio, alucinaciones y/o delirios que pueden poner en peligro la vida del bebé ^{11,12}. Requiere tratamiento psiquiátrico, psicológico y cuidados de enfermería específicos para la madre, familia y el recién nacido. Afortunadamente la prevalencia de quienes sufren esta enfermedad es ínfima, siendo esta 1 de cada 1000 mujeres ¹³.
- La tristeza postparto, comúnmente conocida como “*baby blues*” o “*maternity blues*”, se trata de una alteración en el estado anímico de la madre dando lugar a labilidad emocional debido a los cambios hormonales, psicológicos y sociales. Se da en un porcentaje elevado de púerperas (entre un 50-80% de las mujeres en el postparto y remite a los pocos días sin requerir ayuda profesional.^{11,14}
- La **depresión postparto (DPP)** es una alteración que afecta al estado de ánimo de las púerperas con una prevalencia entre un 10-15%¹⁵, dando lugar así a sentimientos tales como cansancio, tristeza, culpabilidad, desesperanza, desgana e irritabilidad^{16,17}. Puede aparecer entre las 4 primeras semanas tras el parto.¹⁵

2.1.2 Síntomas de la depresión postparto.

Los síntomas más comunes que presenta DPP están enumerados en la siguiente tabla¹⁸:

Tabla 2: Síntomas de la depresión postparto.

Pérdida de apetito
Insomnio
Labilidad emocional
Pérdida del interés por el sexo
Pensamientos autolíticos
Ansiedad
Fatiga

- **Pérdida de apetito:** es muy común que las madres que se encuentran deprimidas tras el parto se preocupen en exceso por estar haciendo un rol adecuado como madre y dicha intranquilidad genere pérdida de apetito, incluso por el hecho de la culpabilidad de aumentar de peso cuando han perdido la figura tras el embarazo.
- **Insomnio:** resulta una tarea difícil conciliar el sueño cuando la madre intenta lidiar con tantas preocupaciones e incertidumbres. Normalmente, cuando logra dormir suele ser en intervalos cortos despertándose varias veces en la noche para comprobar que el bebé esté bien, además de los cuidados que exige la atención del recién nacido como pueden ser: cambio de pañales, alimentación, etc. Por lo que en general, el descanso no suele ser productivo lo que le lleva a tener la constante sensación de cansancio. ¹⁹

- **Labilidad emocional:** pasando de la tristeza o la irritabilidad hasta la sensación de desbordamiento. La tristeza es el síntoma más frecuente que aparece en el periodo postparto, en gran parte debido a un desajuste hormonal, dado que los estrógenos y la progesterona, que también están relacionadas con las emociones, descienden drásticamente tras el parto. Esta sensación normalmente acompaña sentimientos de irritabilidad por el agotamiento, diferencias con las personas más allegadas o de apoyo, lo que les conduce a sentirse desbordadas por la situación, teniendo la sensación de dudar de sí mismas y de no disponer de tiempo.
- **Pérdida de interés por el sexo:** el cansancio, la irritabilidad y la sensación de falta de tiempo mencionado anteriormente, provocan que la mujer no le apetezca mantener relaciones sexuales o incluso intimar con su pareja. En ocasiones, las laceraciones o desgarros producidos en el canal del parto ya sean labiales, periuretrales, vaginales o anales teniendo estas una prevalencia de 1 de cada 10 partos^{20,21}, dificultan el acercamiento a la pareja por miedo al dolor en las relaciones, a lo que se le llama dispareunia, en la cual surge malestar o incomodidad durante el coito (pudiéndose medir a través de “la escala Carol”). Por otro lado, el hecho de cambiar físicamente tras el embarazo hace que muchas mujeres tengan baja autoestima y teman no sentirse deseadas.^{22,23}
- **Pensamientos autolíticos:** las inseguridades en el rol como madre en la mujer aumentan hasta el punto de tener ideas obsesivas con el recién nacido como el miedo de poder dañarlo, la intranquilidad por pensar en la continua seguridad del bebé y su salud. Este hecho, motiva que en ocasiones sientan deseos de autolesionarse, o incluso acabar con su vida.
- **Ansiedad:** este síntoma suele ir acompañado por el miedo o temor de que al recién nacido pueda pasarle algo malo. Las madres viven con la preocupación, llegando a obsesionarse, con el control del peso del lactante, con las deposiciones, con el llanto del bebé, etc...
- **Fatiga:** la mujer se siente constantemente agotada, incapaz de reanudar las actividades con las que disfrutaba anteriormente al parto.

2.2 Instrumentos para la detección de la depresión postparto

La detección precoz de la DPP puede tener cierto grado de dificultad ya que la sociedad manifiesta, por lo general, que el embarazo es una bendición, es algo hermoso y que el hecho de concebir una nueva vida es un momento único y que, por ello, se debería desbordar plena felicidad. Las imágenes que relacionamos con la maternidad dibujan a una madre feliz con un bebé perfecto que difiere enormemente de la realidad, más aún en aquellas madres que sufren DPP. A estas mujeres les cuesta manifestar realmente lo que sienten por el hecho de ser juzgadas por la sociedad.

Por otro lado, el postparto está asociado a cambios psicológicos propios del desajuste hormonal que sufre la madre tras el parto siendo muy común que pueda confundirse con el “maternity blues” o tristeza postparto, llegando a ser banalizados cuando expresan sus sentimientos a los allegados.

Afortunadamente, contamos con la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE). Es un instrumento que fue desarrollado para la detección de la DPP de forma precoz.

2.2.1 Escala de Depresión Postparto de Edinburgh.

Esta escala fue diseñada en junio del 1987 por J.L. Cox, J.M. Holden y R. Sgovsky con el fin de que los profesionales que componen la atención primaria supieran hacer las preguntas indicadas para detectar la depresión en las madres en el período postparto. Dicha escala consta de diez interpretaciones en primera persona, cada una de estas interpretaciones van precedidas por 4 contestaciones diferentes, la madre ha de elegir con la que se encuentra más identificada en relación a la semana anterior.

Las puntuaciones son valoradas de 0 a 3, pudiendo dar un resultado final de 0 o de 30 como máximo. En caso de tener una puntuación menor de 10, no habrá riesgo de padecer DPP. Cuando al rango de puntuación en la escala es de entre 10-12 hay un riesgo de estar afecta de dicha patología. En resultados mayores de 12 existe la probabilidad de padecer la DPP.²⁴

2.3 Epidemiología y factores de riesgo.

La causa exacta por la que surge la DPP se desconoce, aunque se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre el origen hormonal de las mujeres durante el puerperio, dado que, tras el parto los niveles de las hormonas de la progesterona y de los

estrógenos que son producidos principalmente por la placenta, disminuyen de forma brusca tras el alumbramiento.^{16, 25}

Se desconoce la etiología de la DPP, sin embargo, a través de la escala de Edimburgo se han revelado numerosos riesgos que favorecen la aparición de DPP de tipo biológico, social, psicológico, hormonal, psicosociológico de los cuáles cabe destacar:

- **Factores de riesgo de índole biológico:** hay mayor incidencia de depresión postparto en aquellas mujeres que tuvieron problemas ginecológicos y obstétricos durante la gestación. Además, las mujeres que tuvieron un parto por vía vaginal tienen menor incidencia de aparición de procesos depresivos en el puerperio a diferencia de aquellas mujeres que finalizaron su gestación de forma instrumentalizada (fórceps, ventosa o cesárea), por lo que se podría considerar el parto espontáneo como un factor “protector” frente a la depresión postparto. Por otro lado, las mujeres que han padecido en embarazos anteriores algún tipo de trastorno depresivo, o antecedentes familiares con algún trastorno del estado del ánimo, tienen más alta probabilidad de sufrir una depresión tras el parto.^{26,6}
- **Elemento de riesgo de tipo social:** las mujeres que carecen de estudios o tienen estudios inferiores a la educación secundaria tienen mayor porcentaje de sufrir depresión posparto que aquellas que tienen estudios superiores.²⁶
- **Factores de riesgo de índole psicológica** predominan en aquellas mujeres que tienen como antecedentes depresión mayor, melancolía y aquellas que no tienen ningún apoyo por parte de la familia, pareja o del entorno que las rodean.²⁶
- **Alto índice de riesgo en factores hormonales:** los niveles de cortisol, progesterona y estrógeno disminuyen drásticamente tras el alumbramiento. Todas las mujeres tras el parto presentan este desajuste hormonal, sin embargo, hay mujeres con una sensibilidad más alta a este cambio hormonal que otras, por lo que puede generar síntomas depresivos.⁶
- **Factores psicosociológicos:** existen factores psicológicos que pueden aumentar el riesgo de padecer DPP que afecten directa y negativamente en el curso normal de la vida de la madre tales como, un duelo reciente de algún familiar o persona cercana del círculo de amigos; que pase en ese momento por dificultades económicas; que esté en proceso de divorcio o separadas, pues estas madres normalmente cargan con todo el peso y la responsabilidad que conlleva criar a un hijo sola, y está demostrado que el apoyo social, ya sea de familiares,

parejas o amigos cercanos, es un elemento muy importante durante la maternidad.^{27,6}

2.4 Factores protectores

De la misma forma que hay factores predisponentes o de riesgo que pueden derivar a una DPP tal como los que hemos nombrado anteriormente, también hay factores protectores que pueden prevenir o disminuir los riesgos de padecer una DPP, así como minimizar su sintomatología, como la lactancia materna, el aporte de vitamina D y el método canguro o también llamado contacto piel con piel y métodos de relajación como el mindfulness que se explicarán a continuación.

2.4.1 Aportación de la vitamina D durante el embarazo.

Estudios recientes han descrito que la aportación de vitamina D durante el embarazo es sustancial para prevenir la depresión postparto, dado que la demanda metabólica aumenta en mujeres embarazadas y durante el período de lactancia. Además, se ha demostrado que no sólo tiene beneficios en la salud de la puérpera y con el posterior correcto desarrollo del recién nacido, sino que también es un factor protector en la salud mental de la misma.^{28, 29, 30}

2.4.2 Beneficios de la lactancia materna en la depresión postparto y el vínculo materno-filial.

La OMS ha demostrado numerosos beneficios de la lactancia materna en el bebé siendo esta la mejor fuente de nutrición. Dar la lactancia materna es beneficioso tanto para el bebé como para la madre, siendo un gran protector para disminuir el riesgo de la depresión materna.³¹

Es muy importante promover la lactancia materna, ya que, las mujeres que presentan una DPP se ven más reacias a amamantar a sus hijos, por otro lado, el desarrollo del bebé se puede ver afectado dado que las madres con esta patología están más aisladas de sus hijos y no promueven “interacciones vocales, físicas y de juego”.^{32,33}

2.4.3 Beneficios del método canguro en relación a la depresión postparto.

Junto a la lactancia, se ha comprobado que el método canguro o también llamado contacto piel con piel, en el cual se coloca al recién nacido desnudo y en posición prona sobre el pecho de la madre inmediatamente tras el parto, reduce el riesgo de la DPP y

estimula a la madre para la producción de la leche materna, reduce la ansiedad de la madre y así incrementa la percepción de autoeficacia materna.³³

Por otro lado los beneficios para el bebé son igualmente numerosos ya que hacemos del proceso intrauterino al extrauterino menos agresivo al encontrarse en contacto directo con la madre, con lo que hay una buena estabilidad de la temperatura corporal del mismo al igual que todas las constantes vitales, disminuye considerablemente el llanto, y al favorecer la producción de la leche como habíamos mencionado anteriormente el bebé ya empieza a poner en marcha los mecanismos de búsqueda, el olfato y el tacto para un amamantamiento temprano, reduce el llanto y en la madre se reduce el periodo de alumbramiento al igual que el sangrado tras el parto.

Así que las madres, que realizan tanto el contacto piel con piel como la lactancia materna tendrán una mejor percepción del parto y tendrán mayor confianza en sí mismas, disminuyendo los niveles de estrés.³⁴

2.4.4. Mindfulness

Hay una gran cantidad de mujeres que a pesar de someterse a tratamiento farmacológico no ceden en la DPP, y otras tantas que temen tratar los trastornos depresivos con tratamiento farmacológico por miedo a que los efectos adversos repercutan en ellas mismas o a sus hijos durante la lactancia materna, es por ello que numerosos estudios han propuesto el método mindfulness como tratamiento complementario para tratar la DPP pues ha surgido la necesidad de abordar ciertos trastornos psicosociales de manera no farmacológica, además se ha demostrado que disminuye considerablemente la sintomatología que cursa con cuadros depresivos o ansiosos ^{35,36}

El mindfulness consiste en una práctica o actividad de meditación que propone desechar todos los pensamientos negativos o destructivos, una manera de conectar con uno mismo, forjando una actitud capaz de abordar las situaciones o los problemas desde un enfoque positivo y afrontar el estrés. A través de un estudio cualitativo, los padres afirmaron que ese método de meditación fue totalmente productivo en los períodos que comprendían el embarazo y el puerperio, ayudándolos a lidiar con pensamientos negativos que englobaban el dolor durante el parto, o con la responsabilidad y las dificultades que surgieran con el cuidado del recién nacido.³⁷

2.5 Autoeficacia materna.

La autoeficacia materna es la sensación en la que las mujeres se perciben a sí mismas como “seguras” y aptas para cuidar bien de sus bebés cuando logran los objetivos que se proponen durante la maternidad.

La autoeficacia influye en cada madre de manera directa sobre la crianza de sus hijos, pues una madre que tiene confianza en sí misma y sobre los cuidados que le brinda a su hijo tendrá una mejor percepción acerca de la maternidad y promoverá el buen desarrollo cognitivo del bebé, sintiéndose mejor consigo misma.

No obstante, aquellas mujeres que se sienten incompetentes en relación al cuidado que les ofrecen a sus hijos, serán más vulnerables a desarrollar una DPP y niveles de estrés altos, pues una mujer con baja autoeficacia tendrá más dificultades para afrontar los problemas o situaciones complicadas con su bebé.

Para evitar la baja autoeficacia materna es muy importante contar con el apoyo social del entorno que rodea a la madre, y fomentar la lactancia materna que tendrá múltiples beneficios tanto para la madre como para el hijo, pues es muy común que una madre con baja autoeficacia interrumpa la lactancia materna pronto.³⁸

Existe un instrumento de medida de la autoeficacia en La Lactancia Materna que es la *Breastfeeding Self- Efficacy Scale* compuesta inicialmente de 33 ítems para medir el grado de autoeficacia de las madres durante sus lactancias, y se sacó posteriormente en nuestro país una validación al castellano compuesta por una versión reducida a 14 ítems en el 2011 y que utilizaremos como instrumento de medida en nuestra intervención.³⁹

2.6 Afectación de la depresión postparto en el desarrollo infantil.

La relación materno-filial es muy importante para el desarrollo del bebé. Una madre con DPP tenderá a estar más despegada y por tanto no favorecerá las prácticas y juegos que fomentan el desarrollo cognitivo del bebé^{6, 40}

Además, las madres con este trastorno son más propensas a interrumpir la lactancia materna y esto, a su vez, puede desencadenar problemas a largo plazos en el recién nacido desarrollando problemas conductuales tales como llanto desmesurado, insomnio, hiperactividad, e incluso, se ha comprobado que los recién nacidos a los que le ha sido interrumpido la lactancia materna han obtenido un mayor incremento de peso de los que toman lactancia materna, con lo que, en un futuro podría derivar en obesidad.⁴⁰

3 Justificación

Este trabajo pretende detectar precozmente, prevenir las complicaciones y reducir las repercusiones de la DPP en las mujeres susceptibles a través de una intervención educativa dirigida a las mujeres puérperas y sus familiares o acompañantes. Estas actividades se realizarán en los diferentes centros de salud de Tejina y Tegueste, para ayudar a reconocer los síntomas propios de la DPP y saber actuar ante ello.

Se ha comprobado a través de toda la información mencionada anteriormente, la depresión postparto tiene una alta prevalencia y es de vital importancia, dado que cada vez el número de casos va en aumento.

Las consecuencias son numerosas tanto para la madre como para el bebé, y la mayoría de mujeres que sufren este trastorno no cuentan con suficiente apoyo emocional por parte de quiénes las rodean, o las acompañan diferentes factores de riesgo que incrementan las posibilidades de padecerla.

No obstante, a pesar de no tener suficiente apoyo, durante el puerperio, el personal sanitario con el que pasan más tiempo dichas mujeres es con el personal de enfermería (Enfermería Pediátrica y Matronas). Dichos profesionales han de estar capacitados para hallar signos y síntomas que, a través de los instrumentos de detección, orienten a diagnosticar y tratar precozmente la DPP. De igual forma, tienen que saber anticiparse ante los problemas o factores de riesgo para buscar soluciones acordes con las necesidades de las pacientes informando de forma correcta y actualizada sobre la enfermedad.

4. Objetivos

Objetivos generales.

- Identificación precoz de algún signo/síntoma de DPP con el fin de intervenir mediante un programa de intervención educativa para paliar las posibles complicaciones que aparezcan.

Objetivos específicos

- Medir la incidencia de la depresión postparto y el grado de autoeficacia en la lactancia materna entre las candidatas y reevaluar a los tres meses después de haber realizado el programa.

- Informar a las mujeres durante el puerperio sobre la depresión postparto y su sintomatología a través de una intervención educativa.

- Promover hábitos saludables tanto para la madre, el bebé y el entorno social que la rodea para prevenir la depresión durante la maternidad.

- Evaluar el nivel de satisfacción de las usuarias sobre el programa de intervención educativa.

5. Metodología.

5.1 Tipo de estudio.

Se trata de una intervención educativa pre y pos en la que se usará la “Escala de Depresión Postparto de Edimburgo” que permitirá valorar la evolución al inicio del programa de intervención educativa, y a los 3 meses, dado que en la última sesión se les explicará a las puérperas que se les volverá a contactar para citarlas nuevamente a realizar el cuestionario para ver el resultado de las mismas tras dicha intervención con el objetivo de ir progresando en caso de haber sintomatología o factores de riesgos que puedan suponer una futura depresión postparto (Anexo I).

5.2 Población diana y muestra.

La intervención educativa será impartida a las puérperas que acudan a la revisión con su matrona en sus respectivos centros de salud de Tejina y Tegueste, que reúnan los criterios de inclusión y que tengan una puntuación en la escala de Edimburgo por debajo de 12. A las puérperas con una puntuación mayor de 13, se les realizarán una valoración clínica y posteriormente serán remitidas a su médico de cabecera para que las deriven al profesional de salud mental. No obstante, invitaremos a estas mujeres al programa educativo hasta que sean vistas por salud mental puesto que normalmente existe una lista de espera larga para ser recibidas (4 meses).

Por otro lado, aquellas mujeres que tengan una puntuación en la escala normal y que deseen asistir pueden solicitar acceso al programa.

5.3 Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión son:

- Mujeres puérperas que comprendan las edades entre 18 y 45 años.
- Mujeres que pertenezcan a los centros de salud Tejina y Tegueste.
- Mujeres que obtengan una puntuación de entre 10-12 en la escala de depresión postparto de Edimburgo.
- Puérperas que se encuentren en el primer mes tras el parto.
- Que hayan firmado previamente el consentimiento informado para poder realizar dicha intervención educativa. (Anexo II)

Los criterios de exclusión son:

- Mujeres que hayan tenido parto con complicaciones médicas.

Puérperas con hijos recién fallecidos o ingresados.

Mujeres que no deseen participar en la intervención educativa no habiendo firmado el consentimiento previo.

5.4 *Ámbito de actuación.*

Estas sesiones se llevarán a cabo en un complejo que abarca ambos centros de salud Tejina y Tegueste, el cual presenta ciertas zonas comunes como es un aula en la que se realizan diferentes sesiones clínicas tanto entre los profesionales como para los habitantes que residen en ambas zonas, por lo que dicha aula se habilitará para realizar la intervención educativa.

El aula tiene capacidad para 20 personas, que será el número de puérperas que estarán en cada sesión.

5.5 *Duración de las sesiones clínicas.*

La intervención comprenderá 4 semanas y cada sesión educativa durará entre hora y media y dos horas.

5.6 *Fase de captación*

La captación se llevará a cabo mediante las revisiones con las matronas que se hagan en los centros de salud de Tejina-Tegueste. Dispondremos de otros medios de divulgación en otros formatos tipo folletos y carteles informativos dispuestos en dicho centro de salud (Anexo IV).

5.7 *Inscripción.*

La realización de la inscripción será totalmente gratuita y de elaboración sencilla. Se facilitará junto con el consentimiento informado en las consultas de dichos centros de Salud. En caso de no poder realizarlo en el centro de salud de manera presencial, se les facilitará un correo electrónico donde poder hacerlo virtualmente, adjuntando el nombre, apellido, número de teléfono, correo electrónico, localidad en la que reside, DNI (Anexo V).

5.8 Método de selección de las participantes candidatas para la intervención.

Una vez realizada la escala de Edimburgo y si reúnen los criterios de inclusión se irá a la historia clínica de las mujeres para conocer los antecedentes personales, tratamiento y demás datos de interés.

Seguidamente, se seleccionarán las participantes de forma directa o a través de un SMS o correo electrónico dónde se les confirmará que han sido candidatas para poder realizar el curso, así mismo, se les adjuntará el lugar donde se encuentran las aulas habilitadas para las sesiones educativas en el centro de Salud, las fechas en las que se realizarán cada sesión, y la duración de las mismas. Junto a ello se les ofrecerá una breve información sobre el contenido de cada sesión. Se les dice verbalmente o se les pide en el mensaje enviado de forma explícita que confirmen su asistencia.

En el caso de no poder contactar con algunas de las mujeres, por haber facilitado datos erróneos o por no haber respondido el SMS o correo por falta de disponibilidad se le dará un margen de 3 días, y de no haber confirmado, se seguirá llamando por orden de la lista siguiendo los criterios de inclusión.

No obstante, aunque las participantes hayan confirmado su asistencia, o estén acudiendo de forma voluntaria al programa educativo pueden interrumpirlo o abandonarlo en cualquier momento según deseen.

5.9 Método de organización y coordinación.

Este programa educativo contará con un equipo multidisciplinar que constará por una enfermera, una matrona y un enfermero experto en el método mindfulness de relajación. Cada uno de ellos tendrá un papel importante y esencial para cada una de las sesiones clínicas que se darán a lo largo del programa.

5.10 Variables e instrumentos de medida.

- Sociodemográficas:
 - Edad
 - Sexo
- Nivel de mejora de los síntomas de la depresión postparto (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo)
- Nivel de satisfacción de la intervención educativa. (Cuestionario de satisfacción) (Anexo VI).

- Nivel de apoyo social a través del “cuestionario de apoyo social de MOS”.
- Versión reducida de la Escala de Autoeficacia.

5.11 Sesiones

- **Sesión 1:** Definición, sintomatología de los diferentes trastornos del ánimo tras el parto y recomendaciones para favorecer el vínculo materno-filial.
- **Sesión 2:** Recomendaciones para disminuir los riesgos de la depresión postparto, ejercicios con el bebé y los ejercicios de Kegel.
- **Sesión 3:** Presentación de alimentos ricos en vitamina D como factor protector.
- **Sesión 4:** Método mindfulness y actividad en parejas o personas de apoyo.

1º sesión clínica:

Objetivo:

Presentación del tema de la intervención educativa, estimular a las candidatas a participar en todas las sesiones y a que expresen en todo momento lo que sienten y las dudas que les vayan surgiendo.

Contenido:

- Presentación tanto de los profesionales de la salud como de las participantes que acudirán a las sesiones. (10 min)
- Breve explicación de los contenidos que se darán en las siguientes sesiones. (10 min)
- Presentación del proyecto: Definición de los diferentes trastornos del estado del ánimo que se pueden dar tras el parto y la sintomatología de los mismos, haciendo hincapié en la depresión postparto. (30 min)
- Exponer los múltiples beneficios de la lactancia materna y del método canguro. (30 min)
- Puesta en común de los sentimientos, dudas o cualquier tema relacionado que quieran tocar. (20 min)
- Pasar la escala de autoeficacia en la lactancia materna (5 min).

Actividad:

Se comenzará con la presentación del equipo multidisciplinar que acudirán a esta primera sesión, seguidamente la presentación de las puérperas y sus acompañantes o personas de apoyo para romper el hielo y crear un grupo colaborador y participativo.

Se hablará de manera breve sobre el contenido que se dará en cada sesión. Se informará sobre los diferentes trastornos del estado del ánimo haciendo mayor hincapié en la depresión postparto, así como de su sintomatología. Posteriormente, se pasará a hablar de los múltiples beneficios de la lactancia materna tanto para la madre, como para el niño, no obstante, si hay madres que rehúsan de dar el pecho a sus hijos se reforzará y animarán a realizar el método canguro o piel con piel que será el siguiente tema a tratar, además, en esta sesión, la enfermera dará una clase básica en porteo que explicará las ventajas, beneficios y las diferentes formas de llevar al recién nacido consigo.

Se expondrá de manera voluntaria las vivencias de cada una de ellas, de embarazos anteriores, síntomas que hayan experimentado o que estén experimentando recientemente y las dudas o preguntas de forma que las participantes vayan conociéndose entre sí y para poder amoldar las sesiones clínicas en base a ellas y poder solventarlas todas. Y para finalizar la sesión se les pasará la escala de autoeficacia en la lactancia materna (Anexo VII).

2º sesión clínica:

Objetivo:

Promover los hábitos saludables (sobretudo alimentación y sueño) para mejorar la calidad de vida en madres y recién nacidos, así como, ciertos ejercicios que se pueden elaborar con los niños, y los ejercicios de Kegel para fortalecer las paredes del suelo pélvico. Y finalmente valorar la ayuda que reciben las puérperas en la maternidad a través del “cuestionario de apoyo social de MOS” (Anexo VIII).

Contenido:

- Recomendaciones para disminuir los riesgos de la depresión postparto (buena alimentación, ejercicio...) (30 min)
- Exponer los beneficios de los ejercicios de Kegel y explicar el funcionamiento del mismo (15 min).
- Cuestionario de apoyo social de MOS (10 min).

Actividad:

La enfermera y la matrona impartirán el contenido de esta sesión, empezando a hablar por los cambios que experimenta el cuerpo de la mujer tras el embarazo y promoviendo los hábitos saludables tales como la alimentación y el ejercicio. Se les explicará la pirámide alimenticia incluyendo todos los grupos de alimentos, haciéndoles una serie de recomendaciones para instruir las en una alimentación sana y equilibrada. En este apartado se recalcará que la alimentación por excelencia para el bebé es la lactancia materna y que lo recomendable es amamantar al recién nacido mínimo hasta los 6 meses. Por otro lado, se les explicará que son los ejercicios de Kegel, cómo hacerlos y los beneficios que tienen en relación al suelo pélvico. Al finalizar la sesión se les pasará un cuestionario para valorar el apoyo social que reciben las participantes, se realizará de forma anónima con el fin de realizar una actividad en la última semana de la intervención educativa donde intervengan las parejas, familiares o personas más allegadas de las mujeres y así poder fortalecer lazos.

3º Sesión clínica:

Objetivo:

Enseñar diferentes técnicas o recomendaciones para afrontar los problemas o abordar el estrés, y mostrar los beneficios de los alimentos ricos en vitamina D siendo este un factor protector frente a la depresión postparto.

Contenido:

- Presentación de la sesión (5 min).
- Técnicas y recomendaciones para poder abordar los problemas sobre la autoestima tras el embarazo (20 min).
- Alimentos ricos en vitamina D como factor protector frente a la DPP (15 min).
- Actividad grupal sobre los alimentos ricos en vitamina D (25min).
- Explicar el patrón del sueño del recién nacido y en las puérperas. (10 min)
- Explicar los diferentes ejercicios que pueden realizar junto con sus hijos. (15min)

Actividad:

La sesión comenzará con la presentación del contenido de la misma, en la que se hablará de diversas técnicas o recomendaciones para hacerle frente a los problemas de la autoestima y solventarlos. A continuación, se comentarán los beneficios que tiene la ingesta de la vitamina D, los alimentos que son ricos en dicha vitamina y finalmente se

realizará una actividad por grupos en la que las participantes deberán realizar una lista de la compra en la que contengan alimentos ricos en vitamina D y se presentarán diversas recetas. Por consiguiente, se les mostrará a las madres los patrones del sueño que tienen los recién nacidos, pues esto es uno de los grandes problemas que suponen para las madres, del mismo modo, se mostrarán y se realizarán diversos ejercicios que se pueden hacer junto con el bebé para mantener una vida sana y al mismo tiempo pasar tiempo con el mismo para fortalecer el vínculo materno-filial con ayuda del porteo como se había explicado en la primera sesión.

4º Sesión clínica:

Objetivo:

Enseñar a las participantes métodos de meditación a través del mindfulness para que puedan utilizarlo como recurso de relajación en su vida diaria, mejorar su autoestima para mejorar su concepto sobre sí misma.

Contenido:

- Explicar los beneficios del método mindfulness y realizar dicha actividad (45 min).
- Invitar a las parejas o personas cercanas que hayan asistido al parto o que sirvan de punto de apoyo a la puerpera para realizar una actividad de mejora de la autoestima (25 min).
- Recordar que a los 3 meses se les volverá a evaluar con la escala de depresión postparto (5 min).
- Encuesta de nivel de satisfacción del programa educativo (5 min).
- Píscolabis y despedida (30 min).

Actividad:

A esta última sesión acudirá el enfermero especializado en el método mindfulness, el cual les explicará a las participantes los beneficios de esta actividad de meditación para que puedan utilizarlo en su día a día como ejercicio de relajación y se llevará a cabo sobre las esterillas. Tras esto, se les invitará a los acompañantes de las puerperas, ya sean parejas o personas cercanas de apoyo a realizar una actividad para aumentar la autoestima de las participantes expresando cómo se han sentido o cómo han visto a las mujeres durante el parto, una puesta en común de sus experiencias. Seguidamente, se les pasará una encuesta para valorar el nivel de satisfacción con la intervención educativa y finalmente

se realizará un pisolabis como despedida, recordándoles que al cabo de 3 meses se les volverá a llamar a consulta para realizar nuevamente la escala de depresión postparto de Edimburgo para evaluar los progresos que han hecho las puérperas en esos meses.

5.12 Medición

El instrumento de medición como se ha mencionado en anteriores ocasiones será la “Escala de Depresión Postparto de Edimburgo”. Dicho cuestionario se realizará al inicio, coincidiendo con la visita del postparto a la consulta de la matrona. Si es candidata se le invitará a realizar el programa. Dicha escala de repetirá a los tres meses para valorar el progreso y la evolución de los síntomas.

También se les pasará en la consulta la escala de Autoeficacia en la lactancia materna en aquellas mujeres que lo hagan.

5.13 Cálculo muestral.

En el año 2018 acudieron a las consultas de las matronas de los centros de salud Tejina-Tegueste en el postparto un total de 240 puérperas. Si se le añade un 95% de nivel de confianza o seguridad, una precisión del 3% y una proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) del 5%, obtenemos un tamaño muestral de 110 puérperas anual.

No obstante, si a ello se le añade la proporción esperada de pérdidas del 15%, se obtiene un resultado final de 130 puérperas.⁴¹

5.14 Tratamiento estadístico de los datos.

Para llevar a cabo los análisis estadísticos se hará uso del programa informático de tratamiento estadístico SPSS 21 y Excel.

5.15 Permisos, Consideraciones éticas, sesgos y limitaciones.

Para la realización de este proyecto se requiere permisos previos por par de la Gerencia y Dirección de Enfermería y a la Gerencia de Atención primaria del Gobierno de Canarias precisando una solicitud previa dirigida a ambas. (Anexo III)

Por otro lado, se requerirá el consentimiento previo de cada participante garantizándoles la confidencialidad de los datos firmado, después de haber explicado los objetivos de dicho proyecto de intervención educativa, de haber solventado todas las dudas que hayan surgido y de haberles hecho entender que la participación es totalmente voluntaria, al igual

que pueden abandonar el programa en cualquier momento sin que tenga ninguna repercusión. Los datos de las participantes no se usarán para ningún fin ajeno al proyecto siguiendo estrictamente el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Una de las limitaciones que puede surgir durante la elaboración del proyecto de intervención educativa es que las respuestas de las mujeres en la escala de depresión postparto de Edimburgo sean según lo que está socialmente aceptado, y que algunas candidatas decidan abandonar el programa.

5.16 Cronograma del proyecto de la intervención educativa.

Tabla 3: Cronograma de la intervención educativa

Actividades	1º viernes del mes	2º viernes del mes	3º viernes del mes	4º viernes del mes
1º sesión				
2º sesión				
3º sesión				
4º sesión				

Tendremos en cuenta que dicha intervención se llevará a cabo cada mes teniendo una duración este proyecto de un año y tres meses, en diferentes grupos de puérperas que cumplan los criterios de inclusión, así mismo, se les pasará nuevamente el cuestionario de la “Escala de Depresión Postparto de Edimburgo” (se les avisará en la última sesión de ello como hemos comentado anteriormente).

Aunque cabe destacar que las candidatas pueden incorporarse en cualquier momento, terminando el ciclo al cumplir las 4 sesiones.

5.17 Cronograma general.

Tabla 4: Conograma general de la elaboración del proyecto.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Elección del tema y búsqueda bibliográfica					
Planteamiento del problema y justificación					
Objetivos					
Marco teórico					
Metodología					
Desarrollo de las sesiones de la intervención educativa					
Entrega del proyecto					

5.18 Recursos.

Tabla 5: Recursos materiales, humanos, técnicos e institucionales.

<p>Materiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fungibles: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esterillas/ colchonetas ✓ Proyector ✓ Ordenador ✓ Folios ✓ Bolígrafos ✓ Folletos ✓ Carteles - No fungibles: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aulas en los diferentes centros de salud habilitadas para la intervención educativa. ✓ Mesas. ✓ Sillas.
<p>Humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermera ✓ Matrona ✓ Enfermero-especializado en el método Mindfulness
<p>Técnicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ordenador ✓ Proyector ✓ Material audiovisual
<p>Institucionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerencia y dirección de Enfermería ✓ Servicio Canario de Salud ✓ Los diferentes Centros de Salud

5.19 Presupuesto.

Tabla 6: presupuesto de los recursos materiales

Recursos materiales	Unidad de medida	Cantidad	Precio por unidad	Tiempo	Precio total
Ordenador portátil		1	750€	8 sesiones	750€
Proyector		1	400€	8 sesiones	400€
Material audiovisual		1	350€	8 sesiones	350€
Folios	Paquete de 500 folios	1	5€	7 sesiones	5€
Folleto publicitarios		400	0,80€		320€
Carteles publicitarios		15	3€		45€
Bolígrafos	Caja de 20 bolígrafos	2	2€	7 sesiones	4€
Cartucho de tinta		1	20€	1 sesión	20€
Esterillas/colchonetas		50	5€		250€
Coste total					2144€

Tabla 7: presupuesto de los recursos humanos

Recursos humanos	Unidad de medida	Cantidad	Precio por unidad	Tiempo	Precio total por persona
Enfermera	Persona	1	100€	8 sesiones	800€
Matrona	Persona	1	120€	8 sesiones	960€
Enfermero especializado en el método Mindfulness	Persona	1	110€	1 sesión	110€
Coste total					1870€

6. Bibliografía.

1_ Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. and Cortès, I. Género, trabajos y salud en España. Gaceta Sanitaria, [Internet]. 2003. [Citado el 22 de Febrero de 2019]; 18 (2): 1-92. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-genero-trabajos-salud-espana-articulo-13061992>

2_ Sampedro R, Gómez M, Montero M. Maternidad tardía: incidencia, perfiles y discursos. Empiria Revista de Metodología de Ciencias Sociales [Internet]. 2002 [citado el 24 Febrero 2019]; (Nº5):11-36. Disponible en: <https://dialnet-unirioja.es/accedys2.bbtk.ull.es/servlet/articulo?codigo=1374394>

3_ INEbase / Demografía y población / Fenómenos demográficos / Indicadores demográficos básicos / Últimos datos [Internet]. Ine.es. 2018 [citado el 24 Febrero 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=12547361770_03&menu=ultiDatos&idp=1254735573002

4_ Aguarón G. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. Cambios en la madre durante el puerperio. Lactancia materna. [Internet]. Chospab.es. 2010 [citado el 22 Febrero 2019]. Disponible en: http://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf

5_ PSICOMED - DSM IV [Internet]. Psicomed.net. [citado el 21 Febrero 2019]. Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv.html>

6_ Joy S, MS. Postpartum Depression: Overview, Risk Factors for Postpartum Mood Disorders, Screening for Postpartum Mood Disorders [Internet]. Reference.medscape.com. 2017 [citado el 22 Febrero 2019]. Disponible en: <https://reference.medscape.com/article/271662-overview>

7_ T.S. Lee D, K.H. Chung T. Postnatal depression: an update. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 2007 [Citado el 10 Febrero 2019]; 21(2):183-191. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693406001350?via%3Dihub>

8_ Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2011 [citado el 28 Febrero 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-sp.pdf

9_ Ascano C, Garcia L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona M. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Medicina

Clínica [Internet] 2003 [Citado el 7 Feb. 2019]; 120(9):320-360. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-depresion-posparto-las-madres-13044232>.

10_ ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2017 [citado el 13 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>

11_ Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatología y Reproducción Humana [Internet]. 2013 [Citado el 11 Febrero 2019]; 27(3). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=en&tlng=en

12_ Psiquiatria.com. (n.d.). Psicosis postparto. [Internet] [Citado el 12 Feb. 2019]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/psicosis-postparto>

13_ Gilbert N. Rc psych royal college of psychiatrists. Postpartum Psychosis in Carers. [Internet]. 2018 [Citado el 12 Feb. 2019]. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/postpartum-psychosis-in-carers?searchTerms=psychosis%20postpartum>

14_ Challacombe F., Dr Bavetta M., and Dr GreenRC L. Psych royal college of psychiatrists. Perinatal OCD. [Internet] 2018 [Citado el 12 Feb. 2019]. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/perinatal-ocd?searchTerms=baby%20blues>

15_ SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. Segoes. [citado el 22 Febrero 2019]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Depresion_post_parto.pdf

16_ Nimh.nih.gov. NIMH » Información sobre la depresión posparto. [Internet] 2014. [Citado el 7 Feb. 2019]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml>

17_ Medlineplus.gov. Depresión posparto: MedlinePlus en español. [Internet] 2018. [Citado el 7 Feb. 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/postpartumdepression.html>

18_ Green L. Postnatal depression. Rc psych royal college of psychiatrists. [Internet]. 2015 [citado el 13 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/post-natal-depression>

19_ Emamian F, Khazaie H, Okun ML, Tahmasian M, Sepehry AA. Link between insomnia and perinatal depressive symptoms: A meta-analysis. - PubMed - NCBI [Internet].

Ncbi.nlm.nih.gov. 2019 [cited 17 May 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30983027>

20_ Shveiky D, Patchen L, Chill H, Pehlivanova M, Landy H. Prevalence and Location of Obstetric Lacerations in Adolescent Mothers. *Journal of pediatric & adolescent gynecology* [Internet]. 2019 [cited 17 May 2019]; 32(2):135-138. Disponible en: [https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(18\)30355-3/fulltext](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(18)30355-3/fulltext)

21_ Tsakiridis I, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Obstetric Anal Sphincter Injuries at Vaginal Delivery: A Review of Recently Published National Guidelines. *Obstetrical & gynecological survey* [Internet]. 2018 [cited 17 May 2019];73(12):695-702. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30572346>

22_ Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2010 [cited 17 May 2019]; 66(12):2640–2649. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735499>

23_ López C, Serna N, Hernández A, Pérez M, Tejeda A, Solís M. The development and validation of a new postpartum sexual function and dyspareunia assessment tool: The Carol Scale. *Midwifery journal* [Internet]. 2018 [cited 17 May 2019];(58):27-36. Disponible en: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30191-2/fulltext](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30191-2/fulltext)

24_ J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 1987 [citado el 23 Marzo 2019];(Volumen 150). Disponible en: https://www.nj.gov/health/fhs/maternalchild/documents/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf

25_ Nanzer N. La depresión postparto: salir del silencio [Internet]. 2015 [Citado el 14 Febrero 2019]. Disponible en: <https://ebookcentral-proquest-com.accedys2.bbt.k.ull.es/lib/bull-ebooks/reader.action?docID=4422212>

26_ Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 2011 [citado el 16 Febrero 2019]; 76(2):102-112. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262011000200007&script=sci_arttext&lng=es.%2010.4067/S0717-75262011000200007

27_ Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile* [Internet]. 2010 [citado el 16 Febrero 2019];(138(5):536-542. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500002&lng=es

28_ Szpunar M. Association of antepartum vitamin D deficiency with postpartum depression: a clinical perspective. Public health nutrition. [Internet] 2019 [cited 17 May 2019]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/association-of-antepartum-vitamin-d-deficiency-with-postpartum-depression-a-clinical-perspective/D757D8DE473588F7EC9AAB18CF72228A>

29_ Aghajafari F, Letourneau N, Mahinpey N, Cosic N, Giesbrecht G. Vitamin D Deficiency and Antenatal and Postpartum Depression: A Systematic Review. Nutrients [Internet]. 2018 [cited 17 May 2019]; 10(4):478. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5946263/>

30_ C-W Fu, J-T Liu, W-J Tu, J-Q Yang, Y Cao. Association between serum 25-hydroxyvitamin D levels measured 24 hours after delivery and postpartum depression. Obstetrics & gynaecology [Internet]. 2014 [cited 17 May 2019]; 122(12):1688-1694. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.13111>

31_ Victora C, Bahl R, Barros A, Franca G, Horton S, Krasevec J et al. 10 datos sobre la lactancia materna. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2017 [citado el 16 Febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

32_ Navas W. Depresión postparto. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet]. 2013 [citado el 16 Febrero 2019]; LXX (608):639 - 647. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>

33_ Dois A, Lucchini C, Villarroel L, Uribe C. Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico. Revista chilena de pediatría [Internet]. 2013 [citado el 17 Febrero 2019]; 84(3):285-292. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?frbrVersion=3&script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000300006&lng=en&tlng=en

34_ Rivara G, Rivara P, Cabrejos K, Quiñones E, Ruiz K, Rusca F et al. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna posparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Revista Peruana de Pediatría [Internet]. 2007 [citado el 24 Marzo 2019]; 60(3):140-149. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rpp/v60n3/pdf/a02v60n3.pdf>

35_ Shulman B, Dueck R, Ryan D, Breau G, Sadowski I, Misri S. Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2018 [cited 17 May 2019]; (235):61-67. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/accedys2.bbtk.ull.es/science/article/pii/S0165032717312144>

36_ 10. Sheydaei H, Ghasemzadeh A, Lashkari A, Ghorbani P. The effectiveness of mindfulness training on reducing the symptoms of postpartum depression. Electron

Physician [Internet]. 2017 [cited 17 May 2019] ;9(7):4753–4758. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5586989/>

37_ Lönnberg G, Nissen E, Niemi M. What is learned from Mindfulness Based Childbirth and Parenting Education? – Participants’ experiences. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2018 [cited 17 May 2019]; (18):466. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6276167/>

38_ Brazeau N, Reisz S, Jacobvitz D, George C. Understanding the connection between attachment trauma and maternal self-efficacy in depressed mothers. Infant Mental Health. [Internet]. 2017 [citado el 25 Marzo 2019]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/imhj.21692>

39_ Llopis M, López C, Durá, M, Richart M. and Oliver A. Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna. Matronas Profesión, [Internet]. 2011. [Citado el 25 de marzo de 2019]; 12(1): 3-8. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/03-8-art-orig-fiabilidad.pdf>

40_ Joy S. Impact of Postpartum Depression on Child Development. Medscape [Internet]. 2017 [cited 17 May 2019] Disponible en: <https://reference.medscape.com/article/271662-overview#a9>

41_ https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/tamano_muestral.xls

7. Anexos

Anexo I: Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

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

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

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

Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo

Alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada

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

Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca

Obtenido de la British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

Anexo II “consentimiento informado”.

Este documento va dirigido a todas las mujeres puérperas que acuden a la consulta con su matrona del Centro de Salud Ofra- Miramar. Ofra- Delicias.

El objetivo de este proyecto de intervención educativa es dar a conocer lo que es la depresión postparto y su sintomatología en el periodo que compone el puerperio para así prevenir o disminuir los riesgos de presentar las mismas. La participación en dicho proyecto es totalmente voluntaria. La información recogida durante las sesiones clínicas no se utilizará con ningún otro fin que no sea propio del proyecto con el fin de garantizar la confidencialidad de datos.

La alumna Carolina Méndez Castro de 4º Grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna realiza este proyecto de investigación como trabajo de fin de grado, tutorizado por las profesoras M^a Carmen Hernández Pérez y Aythamy González Darias.

Si le surge alguna duda sobre este proyecto, puede realizar preguntar y resolver sus dudas en cualquier momento durante su participación en la intervención. De la misma forma, al igual que es totalmente voluntario participar en este proyecto también puede retirarse en cualquier momento si usted lo desea sin que le perjudique de ninguna forma.

Le agradezco de antemano su participación.

Yo,, a día.... de, acepto participar voluntariamente en este proyecto de intervención educativa sobre la Depresión Postparto llevada a cabo por Carolina Méndez Castro. He sido informada del objetivo de dicha intervención.

Firma de la participante.

Anexo III “Solicitud de autorización para la gerencia de atención primaria”

Gerencia de atención primaria del servicio canario de salud.

Carolina Méndez Castro con DNI 79088390S, solicita autorización para la realización del TFG de enfermería de una intervención educativa con el título de “Proyecto de intervención educativa para disminuir los riesgos de padecer la depresión postparto” tutorizado por las profesoras Aythamy González Darias y María Del Carmen Hernández Pérez de la Universidad de La Laguna

El objetivo fundamental de este trabajo es detectar a través de la “escala de depresión postparto de Edimburgo” el riesgo que tiene las púerperas de los centros de salud Tejina y Tegueste de la aparición de dicha afectación y promover hábitos saludables y recomendaciones para disminuir los riesgos de padecer la misma. A continuación se adjuntarán las siguientes copias de los cuestionarios y los folletos que se les entregarán a las candidatas.

Esta intervención educativa será de carácter plenamente voluntario, al igual que se garantiza que pueden abandonar el programa en el momento que lo deseen.

Por lo explicado anteriormente, ruego permiso para poder abordar a las púerperas pertenecientes a los centros de salud Tegueste y Tejina que acudan a las consultas con sus respectivas matronas. En caso de requerir información adicional pueden ponerse en contacto a través de móvil o vía correo electrónico: 638569404 / carolina_mc_1996@hotmail.es.

Atentamente,

En San Cristóbal de La Laguna a día 5 de Julio de 2019.

Fdo:

Anexo IV: Cartel y folleto.



SESIONES	¡INSCRÍBETE!	LA CARA OCULTA DE LA MATERNIDAD
<p>1º SESIÓN: Definición, sintomatología de los diferentes trastornos del ánimo tras el parto y recomendaciones para favorecer el vínculo materno-filial.</p>	<p>LA CARA OCULTA DE LA MATERNIDAD</p>	<p>DURACIÓN: 1 mes/ 1 sesión semanal</p>
<p>2º SESIÓN: Recomendaciones para disminuir los riesgos de la depresión postparto, ejercicios con el bebé y los ejercicios de Kegel.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Si tienes entre 18 y 45 años.• Si perteneces a los centros de salud Tejina o Tegueste• Te encuentras en tu primer mes tras el parto.	<p>HORARIO: Cada viernes desde las 17:00h hasta las 19:00h</p>
<p>3º SESIÓN Presentación de alimentos ricos en vitamina D como factor protector.</p>	<p>4 SESIONES QUE TE AYUDARÁN A DISFRUTAR DE TU MATERNIDAD</p>	<p>LUGAR: En el salón de actos entre los centros de salud Tejina y Tegueste.</p>
<p>4º SESIÓN: Método mindfulness y actividad en parejas o personas de apoyo.</p>	<p>Descubre los síntomas y recomendaciones sobre la depresión postparto para saber abordar los problemas que te surjan durante la maternidad.</p>	<p>CONTACTO: Lacaraocultadelamaternidad@gmail.es</p>

Anexo V: Hoja de inscripción.

Nombre

Apellidos

Edad

DNI

Municipio:

Centro de Salud:

Dirección del domicilio:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Correo electrónico:

Anexo VI: Cuestionario de satisfacción.

Cuestionario de satisfacción

Valore su nivel de satisfacción con respecto al programa en cada uno de los siguientes apartados

Nivel de satisfacción con el programa	Nada satisfecha	Poco satisfecha	Algo satisfecha	Bastante satisfecha	Muy satisfecha
Lugar de las sesiones	1	2	3	4	5
Horario de las sesiones	1	2	3	4	5
Nº de participantes	1	2	3	4	5
Atención recibida por las profesionales	1	2	3	4	5
Recursos y materiales	1	2	3	4	5
Sesión 1: definición, sintomatología de los diferentes trastornos del estado del ánimo	1	2	3	4	5
Sesión 2: recomendaciones y ejercicios	1	2	3	4	5
Sesión 3: presentación de los alimentos ricos en vit D	1	2	3	4	5
Sesión 4: método mindfulness	1	2	3	4	5
Duración:	1	2	3	4	5
Resolución de dudas:	1	2	3	4	5

Anexo VII: La escala de Autoeficacia para la lactancia materna BSES-SF.

Ítems		Respuestas				
1	Siempre sé que mi bebé está tomando suficiente leche					
2	Siempre me apaño bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida					
3	Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento					
4	Siempre estoy segura de que mi bebé se coge bien al pecho durante la toma					
5	Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí					
6	Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando					
7	En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé					
8	Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia					
9	Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí					
10	Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo					
11	Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro					
12	En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé					
13	Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide					
14	Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no					
		1. Nada segura	2. Poco segura	3. Segura	4. Bastante segura	5. Muy segura

Versión española de la escala de Dennis CL, Faux S. de la Autoeficacia de la Lactancia Materna. Obtenido del artículo de “Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna”. 2011. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24996/1/2011_Llopis_et al_Matronas_Profesion.pdf

Anexo VIII: “Cuestionario de apoyo social de MOS”

Pregunta	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5

Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

Cuestionario obtenido de la Revilla et al. Validación del cuestionario MOS en atención primaria.