



**PREVALENCIA DE LA DEPRESION POST PARTO Y
FACTORES ASOCIADOS EN TRES CENTROS DE SALUD
DE LA ISLA DE LA PALMA**

Realizado por:

Marta Suárez de León

Dirigido por:

Dr. Héctor González de la Torre

Trabajo Final de Grado

Titulación: Grado en Enfermería

Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias de La Salud, Grado en
Enfermería, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, Sede La Palma.
Junio 2020.

Año Académico 2019 – 2020

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor Héctor González de la Torre por su inestimable paciencia, su interés y ayuda incondicional. Por sobrellevar gran peso del proyecto y estar siempre disponible a resolver todas y cada una de las dudas que me han surgido y por aportar todo su conocimiento en que este proyecto se haya llevado a cabo de la mejor manera posible.

RESUMEN

La depresión post parto (DPP) es una alteración que suele pasar inadvertida, confundiéndose con frecuencia con los síntomas normales que cursan en la etapa puerperal. La DPP se caracteriza por tristeza, llanto, cambios de humor, trastornos del sueño, pérdida de apetito, fatiga, ansiedad, llegando incluso a ideas suicidas en los casos más graves. Se estima una prevalencia del 10-15%; una de cada 10 puérperas en España va a padecer DPP.

Debido a las consecuencias que puede tener tanto para la madre como para el recién nacido el diagnóstico temprano es vital. De las múltiples herramientas que existen para su diagnóstico, la escala de depresión post parto de Edimburgo (EPDS) es tal vez la más conocida, ya que ha demostrado ser de gran utilidad en la clínica. Es una escala sencilla, fiable y validada en nuestra población.

El objetivo general de este proyecto es conocer la prevalencia de la DPP en las puérperas de la Isla de La Palma, así como obtener información sobre posibles factores asociados a esta.

Para ello se plantea un estudio observacional descriptivo transversal de prevalencia. La muestra será captada en los centros de salud de Santa Cruz de la Palma, Breña Alta y Breña Baja mediante un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo.

Se recogerán distintas variables sociodemográficas y obstétricas en un cuestionario creado "ac hoc" y se realizará un cribado para la DPP mediante el uso de la EPDS. Para ello se contará con la colaboración de las matronas de los centros de salud.

La prevalencia de DPP se calculará a partir del número de mujeres con una puntuación mayor de 10 puntos en la EPDS. En una primera fase se realizará un análisis descriptivo de las variables a estudio y un análisis inferencial en una segunda fase para detectar posibles asociaciones entre las variables.

PALABRAS CLAVE (MeSH): Depresión Postparto, Desórdenes puerperales, Prevalencia.

ABSTRACT

Postpartum depression (PPD) is an alteration that often goes inadvertent and is often confused with normal postpartum symptoms. PPD is characterized by sadness, crying, mood swings, sleep disorders, loss of appetite, fatigue, anxiety, and even suicidal thoughts in the most severe cases.

Due to the consequences that it can have for both the mother and the newborn, early diagnosis is vital. Of the many tools available for diagnosis, the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) is perhaps the best known, as it has proven to be very useful in the clinical practise. It is a simple, reliable and validated scale in our population.

The general objective of this project is to determine the prevalence of PPD in postpartum women on the Island of La Palma, as well as to obtain information about possible factors associated with it.

To this end, a cross-sectional, descriptive, observational study of prevalence is proposed. The sample will be collected in the health centres of Santa Cruz de la Palma, Breña Alta and Breña Baja by means of a consecutive non-probabilistic sampling.

Different sociodemographic and obstetric variables will be collected in a questionnaire created "ac hoc" and a DPP screening will be performed using the EPDS. This will be done with the collaboration of the midwives of the health centres.

The prevalence of PPD will be calculated from the number of women with a score greater than 10 points in the EPDS. In a first phase, a descriptive analysis of the variables under study will be carried out, and an inferential analysis in a second phase to detect possible associations between the variables.

KEY WORDS (MeSH): Depression Postpartum, Puerperal Disorders, Prevalence.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. MARCO TEÓRICO	1
1.1.1. DEFINICIÓN	1
1.1.2. TIPOS DE DEPRESIÓN POST PARTO	2
1.1.3. ETIOLOGIA Y FACTORES ASOCIADOS	2
1.1.4. SINTOMATOLOGÍA	5
1.1.5. TRATAMIENTO	7
1.1.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	9
1.1.7. PREVALENCIA	13
1.2. JUSTIFICACIÓN	14
2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GENERAL	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3. METODOLOGIA	15
3.1. TIPO DE ESTUDIO	15
3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO	16
3.3. VARIABLES	17
3.4. RECOGIDA DE DATOS	19
3.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	22
3.6. ANÁLISIS DE DATOS	22
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	23
4. LOGÍSTICA	24
4.1. CRONOGRAMA	24
4.2. PRESUPUESTO	25
5. CONCLUSIÓN	25
6. BIBLIOGRAFÍA	26
7. ANEXOS	33

GLOSARIO

OMS – Organización mundial de la salud

DPP – Depresión Post parto

LM – Lactancia materna

RN – Recién nacido

DSM- IV -- Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

BDI-II – Inventario de depresión de Beck

PDSS – Escala de detección de depresión postparto

PHQ -9 – Cuestionario de salud del paciente

EPDS – Escala depresión de Edimburgo

1. INTRODUCCIÓN

La depresión postparto (DPP) es una alteración frecuente. El diagnóstico precoz es el primer elemento clave a la hora de abordar esta patología. Sin embargo, todavía hoy día esta patología tiene connotaciones negativas. Hay personas, ya sean profesionales o no, que culpabilizan a la mujer que padece de DPP.

Este aspecto, junto con la importancia de visibilizar los trastornos mentales en las mujeres puérperas, me ha llevado a plantearme la realización de este proyecto de investigación.

Se debe afrontar la depresión postparto como algo normal que afecta a muchas mujeres, reconociendo el alcance que tiene este problema de salud, incentivando tanto a profesionales de salud a conocer más sobre el trastorno y a las madres a pedir ayuda si esta fuera necesaria.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. DEFINICIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la salud mental es un componente esencial de la salud, y define esta última como un estado de bienestar mental, físico y social y no como la ausencia de enfermedad, por ello la salud mental no la determina los trastornos sino una variedad de factores asociados a ellos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La depresión post parto es un episodio depresivo sin psicosis, que da comienzo en la etapa post parto. Se desencadena al final del embarazo y lleva consigo consecuencias para la madre, el hijo y la familia. (Miller, Kroska, Grekin, 2018)

Tras parir es normal que las mujeres experimenten cambios en el humor o sentimientos de melancolía. Si dichos síntomas duran varios días provocan en la mujer cambios tanto emocionales como cognitivos y físicos que perduraran y que les dificultará llevar a cabo las actividades diarias en el cuidado de su propia persona y de los demás (Orozco, 2013).

1.1.2. TIPOS DE DEPRESIÓN POST PARTO

En el periodo post parto la mujer experimenta cambios bioquímicos, psicológicos y hormonales que la hacen más propensa a sufrir desordenes psíquicos (García, Manzano, Gómez, et al., 2000). Estos desordenes dependerán de la intensidad, la duración y tipo de síntomas, por ello es importante saber identificarlos y diferenciarlos para saber cómo abordarlos.

A continuación, se expondrán los principales tres trastornos psíquicos que pueden experimentar las mujeres en el puerperio.

- Depresión leve o “Baby blues”: es la alteración mental más frecuente que puede aparecer en el post parto, se duele dar durante los primeros días y tiene una duración de no más de dos semanas. Es un trastorno anímico con síntomas leves, como es labilidad emocional, llanto, irritabilidad, problemas a la hora de conciliar el sueño y el apetito. Es importante la identificación de este trastorno para que no pueda avanzar a depresión post parto como tal. (Delgado, 2016)
- Depresión post parto (DPP): suele iniciarse en las primeras 4 semanas del post parto y hasta los 6 meses después y presenta una durabilidad de semanas e incluso meses. Los síntomas más comunes son el llanto, sentimientos de culpa, trastornos en el sueño...(Delgado, 2016)
- Psicosis postparto: es el trastorno mental más severo que puede ocurrir en el post parto. Suele ocurrir entre los primeros 2 o 3 días e incluso 2 semanas post parto. Los síntomas que presenta son similares al resto, pero en este caso la madre tiene ilusiones y alucinaciones. Requiere de tratamiento de manera urgente para evitar que la madre se pueda autolesionar o que dañe al recién nacido. (Delgado, 2016)

1.1.3. ETIOLOGIA Y FACTORES ASOCIADOS

El periodo post parto, el puerperio, es una etapa donde los cambios hormonales, bioquímicos psicológicos y sociales ocasionan en la mujer mayor vulnerabilidad, favoreciendo la aparición de trastornos psíquicos. (Abad, 2018)

No es posible definir una sola causa que explique la aparición de la depresión post parto, si bien se conocen varios factores que predisponen la aparición de esta, por ello se considera que es de etiología multifactorial. Hay varios factores asociados con la aparición de la enfermedad. Podemos clasificar a estos en:

A) Factores sociales, dentro de los que destacan:

- Edad: influye en la aparición de trastornos emocionales, ya que las mujeres adultas tienen más estabilidad para afrontar los cambios ocurridos en el embarazo que aquellas que aún están pasando por el periodo de la adolescencia. (Abad, 2018)
- Nivel educativo: tener nivel educativo básico o inferior parece aumentar el riesgo de padecer DPP, mientras que un nivel superior actúa con un efecto protector. (Abad, 2018)
- Estado civil: la falta de apoyo emocional o de pareja en la etapa post parto se ha relacionado como factor de riesgo. Las mujeres con que no tienen apoyo de pareja presentan un mayor riesgo de padecer DPP. (Abad, 2018)
- Nivel socioeconómico: Se ha descrito que las madres que se encontraban desempleadas o las que estaban buscando empleo en el periodo post parto eran más susceptibles a padecer depresión, ya que la pobreza y la preocupación de la economía familiar causaba en esta situación de estrés y tristeza. (Cubizolles, Romito, Ancel, et al., 2000)
- Planificación del embarazo: las madres que no planifican quedarse embarazadas, cuyo embarazo es no deseado parecen presentar mayor riesgo de padecer depresión, ya que la situación puede conllevar a no reconocer al recién nacido o a tener falta de apoyo de la pareja. (Lindelwa, Dlamini, Sizakele, et al., 2019)
- Eventos adversos de la vida: ciertos eventos, como pueden ser determinados traumas de la vida, tales como abusos sexuales, violencia de la pareja tanto física como verbal, discriminación por raza o etnia, se han relacionado con un aumento en el riesgo de padecer DPP. (Guintivano, Manuck, Meltzer, et al., 2018)
- Antecedentes personales: ciertos antecedentes están relacionados con la DPP; mujeres con familiares con enfermedad depresiva o que hayan pasado por depresión post tienen mayor riesgo de padecerla. (García, Manzano, Gómez, et al., 2000).

Se ha observado que estos factores están relacionados con el riesgo de padecer DPP, por ejemplo; es mayor en madres adolescentes más que en mujeres adultas. Estas cifras tan elevadas se deben a que las jóvenes tienen una personalidad más neurótica y son más introvertidas que las madres adultas. La relación de la joven con sus padres y el apoyo que recibe ante el embarazo, el riesgo de deserción escolar, el rechazo hacia el recién nacido o las probabilidades y el miedo antes un segundo embarazo son factores asociados que aumentan la prevalencia en jóvenes. (Wolff, Valenzuela, Esteffan, et al., 2009)

Este trastorno está más acentuado en madres primigestas. Se ha estudiado que el nacimiento del primer hijo representa un momento de estrés único y se relaciona con una sintomatología depresiva mayor que en el caso del segundo o tercer parto. (Urdaneta, Rivera, García, et al., 2010)

B) Factores obstétricos: dentro de estos factores, se consideran como los más importantes:

- Paridad: hace referencia al número total de partos que ha tenido la mujer. Se ha asociado el nacimiento del primer hijo como una situación de máximo estrés y se relaciona la DPP de manera más acentuada en el primer parto que los subsiguientes: (Abad, 2018)
- Tipo de parto: es la expulsión del feto y de la placenta por vía vaginal o por cesárea. Se ha observado una relación entre las cesáreas no programadas y el riesgo de depresión. (Abad, 2018)
- Parto prematuro: las mujeres que pasan por un parto pretérmino son muy vulnerables a padecer la enfermedad, ya que supone enfrentarse a una realidad que no esperaban, además de perder las expectativas que tenían en el parto y en la vivencia del embarazo. (Abad, 2018)
- Lactancia materna: las mujeres que ofrecen lactancia al recién nacido están relacionadas con una reducción en la tasa de padecer DPP, si bien la lactancia materna ayuda también a una mayor interacción entre la madre y el recién nacido. (Ghaedrahmati, Kazemi, Kheirabadi, et al., 2017)

Las complicaciones obstétricas como, hipertensión, preeclampsia, tipo de parto (espontáneo, instrumental, cesárea, cesárea de urgencia), líquido amniótico teñido, el peso del recién nacido al nacer, trombosis, aumentan el riesgo de padecer DPP. No obstante, también se observó que el riesgo de padecer esta patología aumentaba dependiendo de las complicaciones que presentara la madre, a más complicaciones más riesgo. (Tiemeier, Steegers, Coolman, et al., 2010)

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIH), el motivo precursor para que se produzca este trastorno en las puérperas son los cambios hormonales, a los cuales las mujeres son sensibles. (NIH, 2020)

C) Factores hormonales: Durante el post parto se ha observado que las hormonas están relacionadas con la DPP debido a las fluctuaciones hormonales de la etapa post parto y los cambios que sufre la mujer en el entorno. (Curtis, 2020)

Se ha observado que las hormonas esteroides y peptídicas están relacionadas con la aparición de depresión:

- Cortisol: Hormona que está presente durante el embarazo y se encarga de regular la producción de hormonas esteroides. Durante el parto, el cortisol cae en picado y con ella disminuye la producción de estrógenos, por lo que aumenta el riesgo de padecer DPP, dejando a la mujer más susceptible. (Ghaedrahmati, Kazemi, Kheirabadi, et al., 2017)
- Oxitocina: las mujeres con riesgo de padecer depresión tienen concentraciones más bajas de oxitocina durante el embarazo y el parto. La oxitocina induce la producción de receptores de serotonina y la respuesta al estrés. (Ghaedrahmati, Kazemi, Kheirabadi, et al., 2017)
- Función tiroidea: durante el embarazo esta hormona sufre varias alteraciones, los niveles de la hormona estimulante de la tiroides en el parto aumentan por encima de la media y esto se asoció con un aumento del riesgo de padecer DPP. Se ha observado que mujeres que presentaban peroxidasa tiroidea eran propensas a padecer depresión hasta seis meses después. (Guintivano, Manuck, Meltzer, et al., 2018)

1.1.4. SINTOMATOLOGÍA

La DPP suele presentarse durante el primer mes, y por lo general los síntomas alcanzan su nivel álgido entre las 8 y las 12 semanas después del parto. (Jadresic, 2010)

El diagnóstico de la DPP es complicado, ya que muchos de los síntomas pueden pasar desapercibidos con los cambios normales que experimenta la mujer en el periodo post parto. (Delgado, 2016)

Muchas veces los síntomas no se detectan porque las mujeres sienten estos cambios como normales y no buscan ayuda. (McGarry, Kim, Sheng, et al., 2009)

Es muy importante diferenciar los síntomas de la tristeza leve con los de la depresión postparto. La primera cursa entre los primeros días post parto y pasadas unas semanas los síntomas desaparecen sin necesidad de atención médica, mientras que la DPP necesita de atención y tratamiento para poder controlarlos. (Serdán, 2013) Estas dos afectaciones psíquicas presentan síntomas comunes como la tristeza, insomnio, llanto, fatiga, inestabilidad emocional y ansiedad. En el caso de que estos síntomas se agraven y se extiendan por más de dos semanas produciendo en la puerpera cambios de humor

significativos, síntomas vegetativos, emocionales, cambios en el comportamiento, pensamientos de autolesión, cambios en los ritmos vitales, incluso presentar ideas suicidas, es ahí cuando se establece como tal el episodio depresivo. (Castellón, 2012)

Un estudio realizado por Barbosa et al, muestra un modelo teórico representativo sobre la madre basado en los comportamientos de descontrol que presentan en el periodo post parto dependiendo de las etapas que tiene que pasar en este nuevo y desconocido proceso como es la maternidad. (Barbosa, Margareth, 2016)

- La lucha por la maternidad; es la primera toma de contacto de la mujer en su nueva condición de madre, en esta etapa es normal que sienta frustración y miedo al no saber cómo manejarla, ni como darle los cuidados óptimos al recién nacido (RN).
- La lucha por el amamantamiento; la madre siente nervios ante esta situación, ya que no sabe si será suficiente o si podrá hacerlo. Es normal que sienta sentimientos de culpa, frustración e incluso se desvalorice a ella misma cuando presenta problemas a la hora de amamantar al recién nacido y tenga que optar por otras alternativas o se compare con otras madres.
- Luchando con el llanto del hijo; en este proceso la madre tiene problemas para conciliar el sueño y se siente desesperada al no saber identificar el porqué del llanto de su hijo y que hacer para resolver la situación, por lo que crean en ella el sentimiento de impotencia. Muchas veces la madre se distancia del recién nacido para intentar evitar las molestias que sienten ambos e intentar buscar la solución y calma de la situación, dicha búsqueda se vuelve tediosa y estresante causando en ella desorientación e inseguridad. El sentimiento de miedo se agrava ante la idea de no saber cuidarlo o no ofrecerle todos los cuidados que necesita, por lo que evita a toda costa quedarse a solas con él.
- Cuidados excesivos; si bien cómo se siente insegura ante los cuidados que le ofrece al recién nacido, empieza a cuidar de manera excesiva de él, sintiendo inseguridad en la manera de hacerlo, pensando que no es la apropiada. La madre se va consumiendo poco a poco ya que todo gira alrededor del recién nacido y a los cuidados de este.
- Rechazo del hijo: si bien se ha cuenta de que sus cuidados no son los adecuados, rechaza el pasar tiempo con el recién nacido, distanciándose de él. Los pensamientos que tiene la madre son muy negativos incluso pensar en el rechazo le lleva a pensar en abandonarlo.
- Perdiendo el control de sí misma: descubre que tiene sentimientos de agresividad muy fuertes y siente miedo de poder hacerle daño al recién nacido, junto con la agresividad se le acopla el sentimiento de rechazo que siente por las personas de

su alrededor y el miedo de verse sola ante la situación, provocándole sentimiento de soledad y de abandono. La mujer es consciente de que está entrando en un estado de apatía y de que se está alejando de ella misma y del entorno que la rodea, sintiéndose desanimada. Estos sentimientos que experimenta le hacen pensar que el suicidio es la única manera de liberación.

- Asumiendo el control: en esta última etapa por la que pasa la mujer, donde la DPP está ya diagnosticada, se encarga de buscar ayuda profesional, sintiéndose esperanzada ante la idea de recuperación. (Barbosa, Margareth, 2016)

El manejo de todos estos síntomas es muy importante para no agravar más la situación y evitar un empeoramiento de estos, por ello es fundamental identificarlos cuanto antes para poder tratarlos.

Sin tratamiento la DPP puede durar meses e incluso años. Muchos expertos consideran que los síntomas pueden alargarse hasta 12 meses después del parto. (Gaynes, Gavin, Brody, et al., 2005)

1.1.5. TRATAMIENTO

En el periodo post parto la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, por lo que aumenta el riesgo de padecer esta patología. (Jadresic, 2010) El tratamiento para la DPP debe de ser inmediato desde que se haya diagnosticado la enfermedad. La mujer debe de tener las capacidades necesarias y la fuerza para cuidar de sí misma y del RN.

Actualmente se dispone de varios enfoques terapéuticos para tratar la DPP. Hay dos grandes tipos de tratamiento, el tratamiento no farmacológico (que destaca por hacer uso de diferentes terapias) y el tratamiento farmacológico, basado en fármacos como los antidepresivos. Dependiendo de varios factores como es la gravedad de los síntomas depresivos que tenga la mujer, esta puede decantarse por un tipo u otro según sus preferencias. Continuando con los enfoques diferenciamos:

-Tratamiento no farmacológico: Dentro de este grupo se engloban terapias como la actividad psíquica o diferentes modalidades de psicoterapia.

La actividad física se ha aceptado como tratamiento para tratar la DPP, ya que no depende de factores externos y practicándolo de forma moderada se han observado mejoras tanto en la salud física y psicológica de la madre. También ayuda a la madre a salir de su entorno, hacerlo al aire libre donde pueda despejarse. Tras el parto muchas mujeres ganan peso y pierden su condición física. Practicar ejercicio ayuda a que se vean

bien consigo mismas de nuevo. El hecho de salir a dar un paseo ya es beneficioso y ayuda a controlar los síntomas depresivos, por ello es importante motivar a las madres a practicarlo de manera asidua. (Amanda, MacArthur, Winter, 2007)

Se debe agregar que el ejercicio incrementa los niveles de endorfinas, causando una euforia la cual es muy beneficiosa para tratar la depresión. (Edwards, Armstrong, 2003)

En el post parto, muchas mujeres con depresión prefieren hacer uso de la psicoterapia, ya que no interfiere en el recién nacido. Además, el uso de esta terapia se adapta a las preferencias de la madre, pudiendo realizarse tanto de forma grupal como individual, en el hogar, a través de internet o por vía telefónica, haciendo que el uso de esta terapia sea bastante conveniente. (Engeldinger, O'Hara, 2018) Dentro de éstas destacan:

- Terapia cognitivo-conductual: esta terapia tiene una duración de unas 12 a 16 semanas y en las sesiones se tratará de ayudar a la madre a ser más activa conductualmente y se tratarán las disfunciones que presentan. Se pretende identificar los pensamientos poco saludables, identificar actividades que sean agradables tanto para la madre como para el recién nacido y aprender a obtener apoyo social.
- Psicoterapia interpersonal: consiste en la evaluación de las circunstancias interpersonales que conllevan a la depresión del paciente. Se trata de ayudar a la madre a mejorar el apoyo social tanto con su pareja como con los familiares, compañeros de trabajo, otras madres, apoyando las redes sociales para alcanzar el objetivo.
- Activación conductual: es una terapia de corto plazo en la que se busca identificar los problemas específicos que mantienen latente la depresión. Las sesiones están destinadas a controlar el estado de ánimo, planificar comportamientos, resolver los problemas que experimenta y dar prioridad al autocuidado de la mujer y al cuidado infantil. (Engeldinger, O'Hara, 2018)

-Tratamiento farmacológico: Engloba el uso de diferentes fármacos. Un hándicap cuando valoramos el uso de determinados fármacos es la inconveniencia de compatibilizar algunos con la lactancia materna (LM).

Como se sabe, la lactancia materna ofrece beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. Por ello la decisión de usar antidepresivos en este periodo debe llevar consigo un análisis sobre el riesgo y beneficio que acarrearía.

El uso de antidepresivos está indicado como fármacos de primera opción en depresiones moderadas y severas, así mismo puede combinarse junto con la terapia no farmacológica. (Jadresic, 2010)

Todos los fármacos que vaya a ingerir la madre pasarán al niño a través de la leche materna, aunque en cantidades mínimas de entre el 1% al 2%. (Jadresic, 2010) Estas dosis mínimas no deberían de causar problemas al recién nacido, no obstante, si este llegara a presentar cualquier clase de síntoma deberá de suspenderse la lactancia. Muchos estudios concluyen con que el riesgo que presenta es mínimo y no se observaron problemas en los lactantes (Wisner, 1996) No obstante, existen contraindicaciones como la doxepina que provoca efectos tóxicos graves en lactante. (Fernandez, Drozdowskyj, 2011)

La fluoxetina y la sertralina son los más usados y por ello los más estudiados. La fluoxetina por ejemplo pasa en bajas concentraciones a la leche materna, por lo que los niveles plasmáticos que le llegan al lactante son bajos. Ocurre lo mismo con la sertralina, la cual es prácticamente indetectable en el plasma del recién nacido, por lo que la administración de estos no implica cambios en los niveles de serotonina de los niños. (Jadresic, 2010) La paroxetina y la fluvoxamina también son opciones seguras para tratar esta patología ya que no se han detectado concentraciones en leche materna. (Fernandez, Drozdowskyj, 2011)

Los ansiolíticos también están indicados para tratar la DPP. El fármaco de elección en este periodo es el Lorazepam puesto que no presenta efectos secundarios en el lactante. (Whitelaw, Cummings, McFadyen, 1981)

En cambio, el diazepam y el clonazepam no son aconsejables, ya que está contraindicado su uso con la LM, por causar pérdida de peso y sedación en el RN expuestos a estos fármacos. (Fernandez, Drozdowskyj, 2011)

No hay consenso sobre el tiempo que tiene que durar el tratamiento antidepresivo, se recomienda mantener la terapia al menos 12 meses para evitar recaídas. (Jadresic, 2010)

1.1.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En los últimos años se ha observado que la detección precoz de la DPP es muy importante. Por ello la necesidad de que los profesionales de la salud estén preparados y

habilitados para hacer uso de los múltiples instrumentos para el diagnóstico y la evaluación del grado de depresión que presenta la madre. (Segre, Pollack, Brock, 2014)

El diagnóstico de los trastornos mentales se basa en la aplicación de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y el uso de las escalas de evaluación clínica. (Frances, Pincus, First, 2009)

-Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV)

La primera variante de este surgió en 1952 y se han ido modificando hasta llegar a la actual. (Frances, Pincus, First, 2009) Es un manual sobre el estado de los trastornos mentales y que recoge todos los conocimientos necesarios para ayudar a personas que lo sufren, a investigadores y profesionales de la salud.

Esta herramienta propone describir al paciente centrándose en 5 ejes:

- Eje 1: el paciente debe de describir el trastorno y la sintomatología que presenta.
- Eje 2: se debe de especificar si hay algún trastorno de base o trastorno del desarrollo.
- Eje 3: se deben de comentar otras enfermedades que tenga el paciente.
- Eje 4: debe de describir problemas sociales que presente, desempleo, problemas en pareja...
- Eje 5: se evalúa al paciente de manera global, psicológica, social y ocupacional.

Criterios para la especificación en el post parto: Saber diferenciar entre episodio depresivo menor, mayor o con psicosis. El inicio del episodio depresivo debe de ser en las primeras 4 semanas tras parir. (Frances, Pincus, First, 2009)

Tras diagnosticar el trastorno se debe de hacer uso de las escalas e instrumentos para medir la gravedad de los síntomas que están asociados a este. Estas escalas son tan importantes porque alertan sobre la presencia de la enfermedad y cuantifican la gravedad de esta. Actualmente se disponen de varios instrumentos, los más utilizados son:

-Inventario de depresión de Beck (BDI-II): este instrumento se basa en la teoría de Beck, que trata sobre la vulnerabilidad que se tiene al estrés. Los participantes tienen varios pensamientos negativos sobre lo que perciben de ellos mismos, del mundo, el futuro y esto es lo que hace desencadenar los síntomas depresivos. (María del Carmen, Freyre, Guzmán, 2012) Por ello este cuestionario detecta los síntomas y la gravedad de estos mediante una prueba que consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta por cada uno, para que así la mujer tenga donde elegir dependiendo de cómo se sienta en ese momento.

La medición de cada pregunta va desde 0 que es la ausencia de síntomas, hasta 3 que es la opción para síntomas severos. (Conradt, Manian, Bornstein, 2012) La máxima puntuación será 63, que indicaría un grado de depresión severo.

-Apgar familiar: otro de los instrumentos que ayuda en la detección de la depresión postparto ya que ayuda a la madre a expresar como percibe el funcionamiento familiar en ese momento específico. La gran utilidad de este se relaciona con su fácil aplicación, ya que consta con 5 preguntas sobre la adaptación a la vida familiar, la participación que se tiene en el mantenimiento de la familia, el gradiente de recursos con el que cuenta la familia para desarrollarse como tal, la afectividad que se le tiene al entorno y la capacidad resolutive para solucionar las carencias que tienen. La puntuación de las preguntas va de 0 a 4, interpretándose un apgar normal cuando se obtiene una puntuación de 17-20 puntos, disfunción leve entre 16 y 13 puntos, disfunción moderada de 12 a 10 puntos y una disfunción severa cuando la puntuación es igual o menor a 9. (Cuba, Espinoza, 2014)

-Escala de detección de depresión postparto (PDSS): esta escala cuenta con 35 ítems los cuales se dividen en 7 dimensiones. Estas son: trastorno del sueño/alimentación, ansiedad/inseguridad, labilidad emocional, deterioro cognitivo, perdida de autoestima, culpa/ vergüenza y contemplar el daño que se hace a ella misma. Se evalúan con la técnica de Likert, con puntuaciones que van desde 1 que significa que no está de acuerdo hasta un máximo de 5 que indica estar muy de acuerdo. El cuestionario se divide en dos partes: la primera se basa en factores demográficos y la segunda en la descripción de los síntomas. (Mei Cai, Wang, Luo, et al., 2019) El uso de esta escala es recomendable hacerlo entre la segunda y la sexta semana tras parir. La mínima puntuación que se puede obtener es 35 y la máxima 175, y el punto de cohorte que indica que la mujer tiene síntomas depresivos es 60, no obstante, si supera 80 en puntuación presenta depresión post parto mayor. (Wisner, O'Hara, 2013)

-Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9): es una de las escalas más utilizadas para identificar trastornos depresivos, ya que es capaz de identificar los síntomas más leves de la depresión, ayudando a la detección precoz. Con la utilización del cuestionario se evalúan 9 sentimientos depresivos, la anhedonia, estado depresivo, insomnio o hipersomnio, fatiga o falta de energía, falta de apetito, sentimientos de culpa, disminución de la concentración, agitación psicomotriz y pensamientos suicidas. La puntuación de la escala depende de la frecuencia en la que aparecen los síntomas, va de 0 a 3, donde el 0 es nunca y el 3 es casi todos los días. La máxima puntuación que se obtiene con la escala es 27 puntos y es a partir de obtener 10 puntos o más cuando se dice que la madre sufre DPP. (Qiuyue, Gelaye, Rondon, et al., 2014) Aunque esta escala es bastante completa y fácil de usar no aborda

el tema de la ansiedad y este es uno de los síntomas que más caracteriza la DPP. (Thurgood, Avery, Williamson, 2009)

-Escala de depresión Post-Parto de Edimburgo (EPDS): Varios instrumentos autoadministrados son usados para medir la depresión post parto, si bien el más usado y conocido es la Escala de Depresión de Post-parto de Edimburgo (EPDS), ya que se centra en el periodo puerperal. (Molero, Machado, Sanabria, 2014)

Esta escala fue diseñada por J.L. Cox en 1987, es el instrumento validado que detecta la DPP con mayor frecuencia, dado que se encuentra validada en al menos 60 idiomas. (Cox, 2017) Es una escala auto administrada que consta de 10 ítems, los cuales son, la capacidad de reír, anhedonia, culpabilidad, ansiedad, ataques de pánico, angustia, trastornos del sueño, tristeza, llanto e ideas suicida. Se puntúa de 0 a 3 de acuerdo se vayan agravando los síntomas, siendo la puntuación mayor de 30. (Qiuyue, Gelaye, Rondon, et al., 2014)

La escala evalúa los sentimientos que tenga la madre 7 días antes de su realización y esta puede hacerse hasta los 3 meses siguientes al post parto y ayuda a distinguir si los síntomas son de DPP como tal o “baby blues”. (Gagliardi, Petrozzi, 2013) El punto de corte de la escala para definir la DPP es de 10 a 13 considerando que si se obtiene esta puntuación la madre padecería depresión mayor. (Stephen, Lee, Crncec, et al., 2013)

La pregunta 10 es la más decisiva, si no se contesta con un 0 significa que la madre tiene pensamientos de autoagresión, los cuales pueden llevar a hacer daño al RN e incluso al suicidio de la madre, por ello este ítem permite actuar con rapidez. (Vera, Natale, Merlo, et al., 2014)

Los porcentajes de confiabilidad que ha dado la escala en el medidor alfa de Cronbach es de 0.78 y con un 86% de sensibilidad y un 78% de especificidad con un valor predictivo del 73% positivo en la puntuación de cohorte de 13 puntos. (Segre, Pollack, Brock, 2014)

Esta escala se encuentra validada en España por Garcia-Esteve (2003) presenta una sensibilidad del 79% y una especificidad del 95% con un valor predictivo positivo del 63% y la puntuación media es de 11 puntos en adelante, que indica que la mujer debe acudir a su médico para que le realicen una evaluación más completa y así poder establecer el diagnóstico depresivo. (Esteve, Ascaso, Ojuel, 2003)

1.1.7. PREVALENCIA

El trastorno depresivo es una enfermedad que puede llegar a afectar a todos independientemente de la edad, sexo, nacionalidad, etnia...No obstante se ha estudiado que estos trastornos afectan más a un 20% del género femenino frente al 12% que afectan al masculino, siendo las mujeres mucho más susceptibles para padecer la depresión. (Muhajarine, Bowen, 2006)

Una vez que una mujer ha sufrido un trastorno depresivo en el postparto el riesgo de recaída en partos posteriores es del 30% - 50%. (Frances, Pincus, First, 2009)

La prevalencia de la DPP en la población de púerperas de manera general está alrededor del 10% y la mayoría de los casos se manifiesta en los primeros 3 meses post parto. (Muhajarine, Bowen, 2006)

Figueredo y Cols compararon la prevalencia del trastorno tanto en mujeres adultas como en madres adolescentes y observaron que en las primeras oscila entre el 9.3% mientras que en adolescentes se duplica a un 25.9%. (Figueiredo, Pacheco, Costa, 2007)

Un estudio llevado a cabo por De Blom et al advierte de las complicaciones perinatales que están asociadas en el aumento del riesgo de padecer DPP. (Tiemeier, Steegers, Coolman, et al., 2010)

Se observaron las disparidades en la prevalencia de la DPP en varias naciones, los países con tasas más elevadas fueron, Chile con un 38%, Sudáfrica un 37%, Hong Kong 30%, los países con índice de prevalencia inferiores son Singapur con un 3%, Nepal 7%, Países Bajos 8% y Suiza un 11%, estas diferencias en el porcentaje de incidencia de la DPP se puede explicar debido a las disparidades económicas y de salud que hay entre las diferentes naciones. (Hahn-Holbrook, Hinrichs, Anaya, 2017)

La prevalencia de la DPP en países en vías de desarrollo oscila entre un 20%, estos datos están apoyados por los factores de riesgo que se encuentran en estos países, historia psiquiátrica que presenta la madre, la pobreza, ingresos bajos, nivel de escolaridad bajo, eventos estresantes de la vida, embarazos no deseados, falta de apoyo. Todos estos factores están más acentuados en estos países por ello la tasa de depresión es mayor que en países desarrollados. (Kleinman, Patel, 2003) En estos últimos los datos de prevalencia varían entre el 10 % y el 15%, aventajados por no carecer de las necesidades que presiden países en vías de desarrollo. (Lovisi, Pereira, 2007)

No obstante, que los síntomas sean mayores en madres primigestas que en multíparas, no indica que la prevalencia de cursar la depresión sea mayor en las primeras, puesto que se observaron puntuaciones similares en la EPDS. (Evans, Vicuña, Marin, 2003)

En España las cifras de DPP rondan en torno al 10-15%, es decir una de cada 10 mujeres sufren depresión tras parir. (Terrén, Esteve, Navarro, et al., 2003) Por ello es importante el uso de las escalas para detectar la DPP, ya que la prevalencia de los síntomas puede variar dependiendo del momento en el que se lleve a cabo la EPDS, en España la prevalencia fue del 15.5% a las 8 semanas post parto y del 12.7 % a las 32 semanas tras parir. (Zotes, Labad, Santos, et al., 2015)

1.2. JUSTIFICACIÓN

Se estima que los trastornos del estado de ánimo como la DPP tienen una incidencia en nuestro país alrededor del 10%-15%, una cifra que no debe de pasar desapercibida. (Terrén, Esteve, Navarro, et al., 2003) Las mujeres presentan mayor afectación que los hombres, ya que periodos como el embarazo y el puerperio las hacen más vulnerable. De ahí la importancia de conocer la enfermedad, los síntomas que la cursan, los factores de riesgo que la predisponen, así como conocer los tratamientos a los que puede optar la madre y hacerla participe de estos. También se deben de conocer las escalas para diagnosticar la depresión y los grados de gravedad a los que pueda llegar la madre.

Con este proyecto se pretende valorar la prevalencia de DPP en la isla de La Palma, así como obtener información adicional sobre los factores asociados y el tiempo que transcurre hasta que se diagnostica el trastorno.

Es importante resaltar que no se disponen de datos sobre la prevalencia de DPP en la nuestra isla, por lo que este proyecto puede aportar información novedosa acerca de la depresión en puérperas y ayudar a muchos profesionales de la salud que se encuentran desinformados sobre el tema y ayudar a dar pautas sobre cómo abordarlo.

La información obtenida sobre la DPP a través de este estudio puede ayudar a fomentar la creación de protocolos y guías de actuación que permitan facilitar y orientar a profesionales de la salud en el abordaje de esta patología. Además, este proyecto pretende visibilizar la DPP tanto para la sociedad como para aquellas madres que lo padecen y lo

ven como algo normal o tienen pudor de pedir ayudar. Es importante que estas últimas sepan reconocer los síntomas y afronten la enfermedad sin miedo.

Por todo lo expuesto anteriormente se plantea este proyecto de investigación, con la finalidad de conocer los datos actuales y fiables sobre la prevalencia de la DPP en la Isla de La Palma.

2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la depresión post parto en las mujeres puérperas de la Isla de La Palma entre las 4-6 semanas posteriores al parto.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar la asociación entre la DPP y posibles factores de riesgo asociados.
- Describir la prevalencia de la DPP según factores sociodemográficos (estado civil, edad, nivel de estudios...) y socioeconómicos (empleo, nivel económico...)
- Describir la prevalencia de la DPP según algunas variables obstétricas (tipo de parto, problemas de salud durante el embarazo...)
- Dar visibilidad al trastorno depresivo en la mujeres puérperas de la Isla de La Palma.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

El proyecto que se va a llevar a cabo es observacional, descriptivo, transversal de prevalencia. Este estudio se fundamenta en observar y medir las variables definidas en un momento determinado y sobre una población predefinida, sin manipular ninguna variable.

Este estudio tiene un carácter exploratorio, por lo que se pretende generar posibles hipótesis acerca del fenómeno para investigaciones futuras.

3.2. POBLACIÓN A ESTUDIO

La población diana del estudio serán todas las puérperas mayores de edad y que se encuentran entre la semana 4 y 6 post parto.

Criterios de inclusión:

- Mujeres puérperas mayores de 18 años.
- Gestantes comprendidas entre la semana 4 y las 6 semanas de postparto.
- Embarazo controlado por matrona del centro de salud correspondiente.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con dificultad de barrera idiomática respecto al idioma español.
- Mujeres diagnosticadas antes y/o durante el embarazo de alguna enfermedad mental.
- Gestantes diagnosticadas de deterioro cognitivo antes del embarazo y que no les permita participar en la investigación.
- Mujeres con parto ocurrido con una edad gestacional inferior a 34 semanas.
- Mujeres que han cursado con muerte fetal en el parto.

3.3 CÁLCULO DE MUESTRA

Para llevar a cabo la selección de la muestra se llevará a cabo un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, en el que se intentará reclutar a las mujeres que deseen participar y que cumplan los criterios de inclusión.

Las participantes serán captadas en las consultas de las matronas de tres centros de salud de la isla de La Palma (Santa Cruz de la Palma, Breña Alta y Breña Baja).

Según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) en la isla de La Palma en el año 2018 hubo un total de 491 partos. (Gobierno de Canarias, 2020)

Tomando este valor como población de referencia se ha realizado un cálculo muestral mediante el uso de la calculadora muestral GRANMO® (v7.12), estimándose que una muestra aleatoria de 222 mujeres es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 3 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 10% (prevalencia para la DPP según el estudio de (Lovisi, Pereira, 2007). En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 5%.

3.3. VARIABLES A ESTUDIO

Tras la revisión bibliográfica realizada se ha detectado que hay varios factores que se han relacionado con padecer depresión post parto. Por tanto, se estudiarán diferentes variables, las cuales se definirán operativamente de la siguiente forma:

-Edad: Se considerará el tiempo que ha vivido la persona empezando desde la fecha de su nacimiento hasta el momento en el que se le realiza la encuesta, medida en años enteros.

-Nivel educativo: Etapas que forman la educación de la persona. Se establecerán los siguientes criterios dependiendo del grado educativo en el que se encuentre, en caso de estar incluido en más de una categoría, se escogerá la de mayor nivel:

- Estudios primarios: Esta categoría acogerá a mujeres que han recibido la escolarización básica.
- Estudios secundarios: Mujeres que hayan cursado estudios posteriores (Bachillerato superior o formación profesional).
- Estudios universitarios: Mujeres que hayan cursado o estén cursando estudios universitarios (estudios de grado/master/doctorado, diplomatura, licenciatura).

-Nivel socioeconómico: Nivel tanto social como económico en el que se encuentra el individuo, el cual se basa en los ingresos, empleo, capacidad de relación que tenga este, se dará opción a tres respuestas;

- Alto: los ingresos anuales ascienden a más de 39.000€.
- Medio: ingresos anuales comprendidos entre 24.000€ y 39.000€.
- Bajo: ingresos anuales inferiores a 24.000€.

-Estado civil: Relaciones interpersonales que tenga el individuo, pudiendo estas ser:

- Soltero: no se encuentra unida en matrimonio con otra persona.
- Unión de hecho: es la unión entre dos personas que mantienen una relación afectiva.
- Casado: es el estado que se adquiere cuando la persona contrae el matrimonio.
- Divorciado: tras contraer el matrimonio deciden divorciarse de manera jurídica.

- Separado: es una situación media entre el matrimonio y el divorcio, ya que no se llevan a cabo situaciones jurídicas.
- Viudo: cuando el cónyuge ha fallecido.

-Antecedentes personales: Recopilación de información sobre la salud de la persona, inclusive trastornos mentales.

-Apoyo social: Son los recursos que otra persona utiliza para darle el soporte necesario que pudiera necesitar. Este se medirá en poco, suficiente y bastante apoyo, según perciba la participante.

-Estrés: Es el conjunto de alteraciones tanto físicas como emocionales que provoca sentimientos negativos en el individuo. Se darán tres respuestas para identificar el nivel que percibe la mujer, considerándose este alto, medio y bajo.

-Embarazo deseado: Deseo que experimenta la madre ante la nueva situación del embarazo, pudiendo este serlo o no.

-Tipo de lactancia: Es el método de alimentación que se le ofrece al lactante y se clasificará en:

- Lactancia materna exclusiva: la alimentación del RN se basa en la leche materna.
- Lactancia artificial: el RN es alimentado por leche de fórmula.
- Lactancia mixta: se alternan los dos tipos de lactancia arriba mencionados.

-Paridad: Número de partos que ha tenido la persona a estudio, tanto por vía vaginal como por cesárea, pudiendo estar ser:

- Primigesta: se entiende por la mujer que está embarazada por primera vez.
- Múltipara: mujer que ha parido anteriormente, siendo estos más de 1 parto.

-Tipo de parto: Proceso que tiene lugar al final de la gestación y consiste en la expulsión del feto y la placenta; este podrá ser:

- Vaginal: parto que se produce por vía vaginal.
- Cesárea: intervención quirúrgica que consiste en extraer el feto a través de una incisión en la pared uterina.

-Tipo de Parto vaginal:

- Eutócico: parto que transcurre con normalidad sin necesidad de intervención médica, ocurre de manera natural por vía vaginal.
- Distócico: parto que cursa con algún problema y se encuentra la necesidad de usar instrumentos obstétricos (fórceps, ventosas) y atención médica para su finalización.

-Tipo de Cesárea: Se distinguirá entre dos tipos: de urgencia o programada.

-Edad gestacional del parto: término que se utiliza para saber qué tan avanzado está el embarazo. Se medirá en semanas a partir de la semana 34 +1 y hasta la semana 42.

-Parto prematuro: Es el que ocurre antes de la edad gestacional 37 semanas de embarazo. Para nuestro estudio embarazo pretérmino será el que ocurre entre las 34+1 y las 36+6 semanas.

-Existencia de patología durante el embarazo: enfermedades o patologías que cursan en el embarazo y que pueden interferir en este. Se tendrán en cuenta las siguientes:

- Hipertensión gestacional: esta se define como la presión arterial elevada (> 140/90 mmHg) que ocurre en el periodo gestacional tras la semana 20. (Ben, Claire, Thangaratinam, et al., 2016)
- Preeclampsia: hipertensión presente después de 20 semanas de gestación combinada con proteinuria (>300 mg/día), asociada a disfunción de otros órganos o sistemas maternos, como la insuficiencia renal, afectación hepática, neurológica o complicaciones hematológicas. (Ben, Claire, Thangaratinam, et al., 2016)
- Diabetes gestacional: Diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres que anteriormente no habían padecido esta patología. (Vigil-De Gracia, Olmedo, 2017)
- CIR (crecimiento intrauterino retardado): Alteración del crecimiento del feto siendo este más pequeño de lo normal debido generalmente a un problema en el funcionamiento de la placenta. (Godoy, Jiménez, 2008)

3.4. RECOGIDA DE DATOS.

La muestra será captada en las consultas de atención primaria de los centros de Salud de Santa Cruz de La Palma, Breña Baja y Breña Alta a través de las matronas que trabajan en estos centros.

Para comenzar el estudio es esencial contar con la participación de las matronas de los centros de salud seleccionados, ya que serán las encargadas de la recogida de datos. Para ello se les aportará toda la información necesaria acerca del estudio, los objetivos, los pasos a seguir y aclarar posibles dudas que les surjan. Puesto que las matronas serán las encargadas de la recogida de datos, ellas se administrarán el tiempo para poder llegar bien a todas las encuestadas sin suponer en ellas una gran sobrecarga de trabajo.

La recogida de datos se llevará a cabo de la siguiente manera:

La captación de las madres se realizará en la primera visita al centro de salud, sobre los 3-10 días post parto. En la cita la matrona se encargará de informar sobre el estudio y la importancia social y sanitaria que supone, animándolas a participar en las próximas visitas que será entre las semanas 4-6 del postparto.

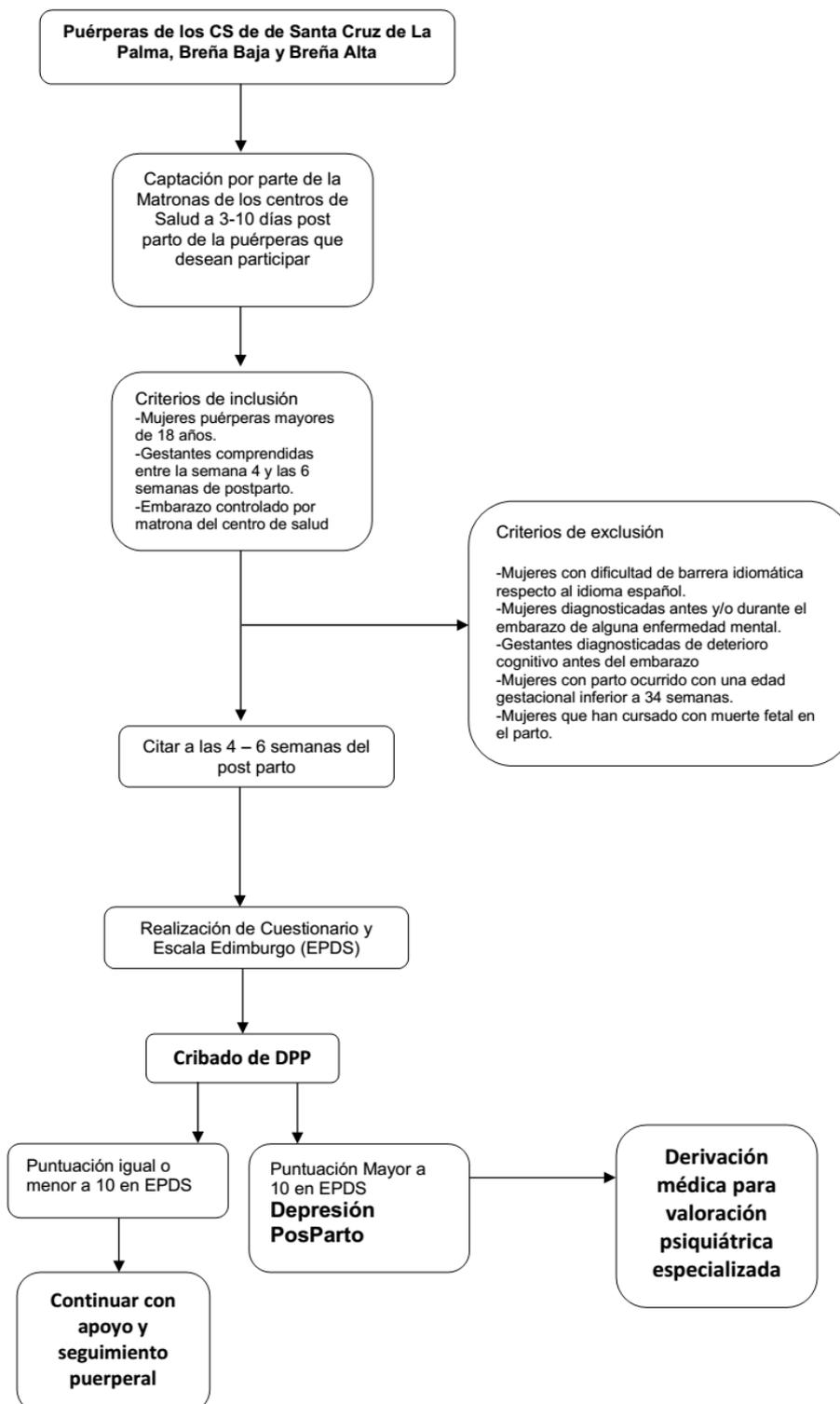
La matrona deberá de llevar un registro de todas aquellas puérperas que desean intervenir en el estudio, así como los datos personales de estas y algún teléfono de contacto con el fin de poder estar en contacto si olvidan su cita, para citas próximas, o para resolver dudas puntuales sobre el motivo de investigación (Anexo 4). Además, así las puérperas se sienten más cercanas al profesional y con la seguridad necesaria para realizar las encuestas garantizando así la correcta elaboración del estudio.

En las semanas donde se realiza el estudio y tras haber firmado el consentimiento informado (Anexo 1), la matrona del centro de salud será la encargada de administrar los documentos para realizar el estudio, en este caso, un cuestionario donde se incluyen los datos sociodemográficos, obstétricos y económicos (Anexo 2) y la encuesta autoadministrada EPDS (Anexo 3). Los datos que se obtienen de las encuestas deberán de ser guardados en la historia clínica de la paciente para llevar un correcto seguimiento y evitar que se pueden extraviar.

Tras realizar la EPDS la matrona deberá de sumar los puntos obtenidos y si esta puntuación es igual o mayor de 11 y/o la pregunta 10 está respondida con otra respuesta que no sea “no nunca” debe de derivar a la puérpera con su médico para una valoración psiquiátrica posterior.

La encargada de la investigación acudirá a los centros de salud cada semana durante los meses de mayo a septiembre, para recoger las encuestas que se realizaron esa semana y solucionar incidencias si las hubiera, este proceso lo hará directamente con la matrona.

3.5 DIAGRAMA DE FLUJO



3.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para las variables, se utilizará un cuestionario de elaboración propia (ver anexo 2), donde se recogerán las diferentes variables a estudio.

La EPDS se utilizará para medir la prevalencia de la DPP (ver anexo 3). Esta escala autoadministrada está formada por 10 ítems sencillos y se cumplimenta de manera bastante rápida. La madre debe de contestar las preguntas de acuerdo con los sentimientos que haya tenido los 7 días anteriores, evitando comentar las respuestas con otras personas. Las puntuaciones de cada pregunta oscilan de 0 a 3 puntos y al final se deberán de sumar todas para obtener la puntuación total.

Se le debe de aclarar a las madres que es muy importante que conteste con total sinceridad a las encuestas y que los datos obtenidos serán publicados de manera disgregada.

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

La codificación de las variables en una base de datos y el análisis descriptivo e inferencial se efectuará mediante el programa estadístico IBM SPSS© V.24.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo de las variables, reflejándolas mediante porcentajes y frecuencias en el caso de las variables cualitativas, y mediante media, mediana, moda, desviación típica y rangos mínimos y máximos en el caso de las variables cuantitativas. Se utilizarán gráficos, histogramas o diagramas de sectores para la representación gráfica según la necesidad.

En segundo lugar, se realizará un análisis inferencial con pruebas paramétricas en función de la naturaleza de las variables. Para las variables cuantitativas se utilizará T-Student, y para las variables cualitativas Chi cuadrado.

Por último, se establecerá el nivel de significación estadística (error) asumido por el investigador en un 5% (grado de significación estadística $p < 0,05$).

Además, se hará uso de la fórmula de prevalencia: número de mujeres con puntuación mayor de 10 puntos en la EPDS dividida entre la población total de puérperas reclutadas multiplicado por 100.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

El objetivo del estudio es tanto ampliar y consolidar conocimientos como generar nuevos. No obstante, los derechos de todas las puérperas que desean participar en el estudio deben de estar respaldados por unas normas y unos aspectos ético legales.

Este estudio estará basado en los principios de la Declaración de Helsinki, (Manzini, 2000) con el objetivo de garantizar las condiciones oportunas para respetar los derechos fundamentales que tiene la persona, siguiendo la ética de dicha declaración.

Por ello la importancia del consentimiento informado (anexo 1) el cual debe de ser leído, comprendido y firmado por la participante del estudio. Se garantizará el anonimato de estas, así como el correcto uso de los datos que se obtengan según esto lo recoge la Ley Orgánica 15/1999, del 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal.

En caso de que las participantes quieran abandonar el estudio lo pueden hacer en cualquier momento que lo consideren oportuno sin dar ninguna explicación y sin que suponga algún prejuicio hacia ellas. Todos los datos de los que se disponían serían eliminados. Cabe destacar que la participación en este será de manera altruista ya que no dispondrán de ningún tipo de remuneración.

Con todo lo expuesto anteriormente, este proyecto deberá, ser valorado por el Comité Ético de la provincia de Tenerife cuyos permisos y aprobación son necesarios para la realización de este.

Asimismo, se solicitará autorización a la dirección de enfermería y a la comisión de investigación del Área de Salud de La Palma.

Se consideran criterios para ser retirada del estudio:

- Revocación del consentimiento por parte de la puérpera.
- Aportación de datos no reales y/o menciones con segundas personas ajenas al estudio.

4. LOGÍSTICA

4.1. CRONOGRAMA

El proyecto final tendrá una duración total de 15 meses, previendo la obtención de los datos en el periodo de enero a junio del año 2021. En el siguiente cronograma se muestra la duración de cada periodo.

ACTIVIDADES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4-5	Mes 6-7	Mes 8-9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14	Mes 15
Presentación del proyecto al equipo multidisciplinar.	■											
Reunión con las matronas de los diferentes CS de salud.		■										
Captación de las participantes.			■	■	■							
Entrega de encuestas y consentimientos informados, así como resolver posibles dudas que puedan surgir.					■	■	■					
Control con las matronas de los centros de salud de manera semanal.					■	■	■	■				
Recogida de datos.								■				
Análisis e interpretación de los datos.									■	■		
Presentación al comité de ética del estudio final.											■	
Divulgación de resultados.												■

4.2. PRESUPUESTO

En los centros de salud se cuenta con el material necesario como mesas, sillas, ordenadores, papelería (bolígrafos, folios...). La enfermera contará con tiempo suficiente para captar a las participantes y explicarles las posibles dudas.

Recursos materiales		Coste
Impresora		60€
Ordenador		500€
Material de oficina: bolígrafos, grapadoras, folios, cartuchos de tinta...		130€
Recursos humanos		
Investigador		800€
	Total:	1490€

5. CONCLUSIÓN

No hay estudios sobre la prevalencia de DPP en la isla de La Palma. Creemos que simplemente este hecho justifica la conveniencia de este proyecto.

Los resultados que se esperan obtener pueden servir de ayuda para identificar posibles factores que se asocian a este trastorno, así como ayudar a los profesionales sanitarios a obtener datos que permitan un mejor conocimiento de esta patología.

Este proyecto de investigación pretende ser un paso previo para la elaboración de una guía de prácticas clínicas sobre la depresión post parto en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Y sobre todo este proyecto quiere servir para visibilizar el problema de la DPP en las madres isleñas, contribuir a fomentar el cribado temprano de esta patología y al diseño de estrategias de atención a estas mujeres.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, S. J. (2018). Factores sociales y obstétricos asociados al riesgo de depresión post parto en puérperas atendidas en el hospital II. Tesis, Universidad Nacional de Cajamarca [Internet] Recuperado el 20 de abril de 2020, de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2868/SEIRY%20JESUS%20ELGADO%20ABAD-TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Adalberto Campo-Arias, M.D., Castillo, C.A., Valencia P. M., Parra A. M., y Cogollo Z. (2007). Escala de edinburgh para depresión post parto: consistencia interna y estructura factorial. en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 58 (4), 277-283. [Internet]. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a03.pdf>
- Amanda J. D., MacArthur C., & Winter, H. (2007). The Role of Exercise in Treating Postpartum Depression: A review of the Literature. Journal of Midwifery y Women's Health, 52(1), 55-62. [Internet] Recuperado el 20 de mayo, de [doi:https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.08.017](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.08.017)
- Barbosa, M. A. y Margareth A. (2016). Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en. Enfermería global, 42, 232-255. [Internet] Recuperado el 4 de mayo de 2020, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/docencia4.pdf>
- Ben, W J, Claire, T. R., Thangaratinam S., Magee, A. L., Groot, C. J., & Hofmeyr, J. (2 septiembre de 2016). Pre-eclampsia. Lancet, 387, 999-1011. [Internet] Recuperado el 21 de mayo de 2020, de [doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00070-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00070-7)
- Conradt, E., Manian N., & Bornstein M. H. (2012). Screening for Depression in the Postpartum using the Beck Depression Inventory-II: What Logistic Regression Reveals. J Reprod Infant Psychol, 30(5), 427-435. [Internet] Recuperado el 21 de mayo de 2020, de [doi:10.1080/02646838.2012.743001](https://doi.org/10.1080/02646838.2012.743001)
- Cox, J. (4 de noviembre de 2017). Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point. Arch Womens Ment Health. [Internet] Recuperado el 18 de mayo de 2020, de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-017-0789-7>
- Cuba, S. M., y Espinoza, A. M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista medica La Paz, 20(1). [Internet] Recuperado el 23 de

mayo de 2020, de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010

- Cubizolles, S. M., Romito, P., Ancel, Y. P., & Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 185-191. [Internet] doi:<http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.3.185>
- Curtis, A. T. (2020). Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 24(2), 109-116. [Internet] doi:[10.1080/13625187.2019.1569610](https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1569610)
- Danés, I. y Arbat, A. (2003). Depresión posparto. *Med Clin (barc)*. [Internet] Recuperado el 12 de mayo de 2020, de Servicio de farmacología clínica : <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/preres/preres21.pdf>
- Delgado, M. M. (2016). Depresión posparto y tratamiento. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. [Internet] Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163q.pdf>
- Edwards, H., & Armstrong, K. (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(2), 130-138. [Internet] Recuperado el 12 de mayo de 2020, de doi:[10.1046/j.1440-0979.2003.00229.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00229.x).
- Engeldinger, J., & O'Hara, W. M. (2018). Treatment of postpartum depression: Recommendations for the Clinician. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 604-614. [Internet] Recuperado el 14 de mayo de 2020, de doi:[10.1097/GRF.0000000000000353](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000353)
- Esteve, G. L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75, 71-76. [Internet] doi:[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Evans, M. G., Vicuña, M. V., y Marin, R. (2003). Depresión posparto realidad en el sistema público de atención de salud. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(6), 491-494. [Internet] Recuperado el 16 de mayo de 2020, de doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600006>
- Fernández, O. I., y Drozdowskyj, S. E. (2011). Lactancia para psiquiatras: recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes.

Recuperado el 5 de mayo de 2020, [Internet] de https://www.researchgate.net/profile/lbone_Olza_Fernandez/publication/286599766_Breastfeeding_for_psychiatrists_Considerations_before_prescribing_to_nursing_mother/links/56caeb6f08ae1106370b390c/Breastfeeding-for-psychiatrists-Considerations-before-prescr

Figueiredo, B., Pacheco A., & Costa R. (2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 103-109. Recuperado el 16 de mayo de 2020, [Internet] de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-007-0178-8>

Frances A., Pincus, A.H., & First B. M. (2009). DSM IV Manual diagnostico estadistico trastornos mentales. [Internet] Recuperado el 20 de mayo de 2020, de <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Gagliardi, L., & Petrozzi, A. (2013). Anxious and depressive components of Edinburgh Postnatal Depression Scale in maternal postpartum psychological problems. *J. Perinat. Med*, 41(4), 343–348. [Internet] Recuperado el 19 de mayo de 2020, de doi:10.1515/jpm-2012-0258

Garcia C. T., Manzano S. M., Gómez H.M., Moreno, L. E., y Barrio, A. E. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Medicina general*, 452-456. [Internet] Recuperado el 3 de abril de 2020, de <http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>

Castellón, D. A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 38(4). [Internet] Recuperado el 8 de mayo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400016

Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*, 60(6). [Internet] doi:10.4103/jehp.jehp_9_16

Gaynes, B. N., Gavin N., Brody M. S., Lohr N. K., Swinson, T., Gartlehner, G., & Miller W. C. (Febrero 2005). Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes: Summary. *AHRQ Evidence Report Summaries*. [Internet] Recuperado el 10 de mayo de 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>

- Gobierno de Canarias. (2020). Instituto canario de estadística. Recuperado el 12 de mayo de 2020, [Internet] de <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:77ff28fc-e8b2-4544-bcb6-433f2288abed>
- Godoy, G. M., y Jiménez Z. M. (2008). Restricción de Crecimiento Intrauterino. 35(2), 77-87. Recuperado el 25 de mayo de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4800253>
- Gorenstein, C., & Wang Y. P. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. Brazilian journal of psychiatry. [Internet] Recuperado el 13 de mayo de 2020, de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000400416&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Guintivano, J., Manuck, T., Meltzer, B., & Samantha M, (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. 61, 591-603. [Internet] Recuperado el 19 de mayo de 2020, de [doi:https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000368](https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000368)
- Hahn-Holbrook, J., Hinrichs, C. T., & Anaya I. (2017). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. Front Psychiatry, 8, 248. [Internet] [doi:10.3389/fpsy.2017.00248](https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248)
- Jadresic, E. M. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuropsiquiatría, 48(4), 269-278. [Internet] Recuperado el 8 de mayo de 2020, de [doi:http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003)
- Kleinman, A., & Patel, V. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. Bull World Health Organ, 81(8), 609-615. Recuperado el 15 de mayo de 2020, [Internet] de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572527/>
- Lindelwa P. Dlamini, S. M., Sizakele, D. D., & Mduduzi, C. S. (2019). Prevalence and factors associated with postpartum depression at a primary health care facility in Eswatini. [Internet] de <https://sajp.org.za/index.php/sajp/article/view/1404>
- Lovisi, M. G., & Pereira, K. P. (2007). Prevalencia da depressão gestacional e fatores associados. 35(4), 144-153. [Internet] Recuperado el 20 de mayo de 2020, de <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n4/04.pdf>

- Manzini, J. L. (2000). Declaración de helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth*, 6(2). [Internet] doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Maria del Carmen, Freyre, B. M., y Guzmán, H. L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1). [Internet] doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Markhus, W. M., Skotheim, S., Graff, E. I., Froyland, L., Braarud, C. H., Stormark, M. K., & Malde, K. M. (2013). Low Omega-3 Index in Pregnancy Is a Possible Biological Risk Factor for Postpartum Depression. *Plos one*. [Internet] de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0067617>
- McGarry, J., Kim, H., Sheng, X., Egger, M., & Baksh, L. (2009). Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health*, 54(1), 50-6. [Internet] doi:[10.1016/j.jmwh.2008.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.07.003)
- Mei Cai, Wang, Y., Luo, Q., & Wei, G. (2019). Factor Analysis of the Prediction of the Postpartum Depression Screening Scale. *Int J Environ Res Public Health*, 16. [Internet] doi:[10.3390/ijerph16245025](https://doi.org/10.3390/ijerph16245025)
- Miller, L. M., Kroska, B. E., & Grekin, R. (2018). Immediate Postpartum Mood Assessment and Postpartum Depressive Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 207(1), 69-75. [Internet] doi:[10.1016/j.jad.2016.09.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.023)
- Molero, L. K., Machado, U. R., Sanabria, V. C., Zambrano, B. N., Benítez, C.A., Quiroz, A. E., y Romero, B. N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en púerperas adolescentes y adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(4). [Internet] doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
- Muhajarine, N., & Bowen, A. (2006). Prevalence of Antenatal Depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(4), 491-498. [Internet] doi:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00064.x>
- NIH. (2020). National institute of mental health. [Internet] Recuperado el 2 de Mayo de 2020, de <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/research-areas/clinics-and-labs/sbe/participate-in-research/postpartum-depression.shtml>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2018). [Internet] Recuperado el 18 de febrero de 2020, de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Orozco, W. N. (2013). Depresión post parto. *Revista medica de costa rica y centroamerica*, 608, 639-647. [Internet] Recuperado el 10 de marzo de 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134o.pdf>
- Qiuyue, Z., Gelaye, B., Rondon, M., Sanchez, E. S., Garcia, J. P., Sanchez, E., ..., Williams, A. M. (2014). Comparative performance of Patient Health Questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 162, 1-7. [Internet] doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.028>
- Segre, S. L., Pollack, O. L., & Brock, L. R. (2014). Depression Screening on a Maternity Unit: A Mixed-Methods Evaluation of Nurses' Views and Implementation Strategies. *Issues in Mental Health Nursing*. [Internet] doi:[10.3109/01612840.2013.879358](https://doi.org/10.3109/01612840.2013.879358)
- Serdán, E. M. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3). [Internet] Recuperado el 2 de mayo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008
- Stephen, M., Lee, C., Crncec, R., & Trapolini, T. (2013). Errors in scoring the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Womens Ment Health*, 16, 117-122. [Internet] doi:[10.1007/s00737-012-0324-9](https://doi.org/10.1007/s00737-012-0324-9)
- Terrén, A. C., Esteve G. L., Navarro P., Aguado J., Ojuel J., & Tarragona, M. J. (2003). 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. *Med Clin (Barc)*, 120(9), 326-329. [Internet] Recuperado 18 de mayo de 2020, de doi:[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73692-6](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73692-6)
- Tiemeier, H., Steegers, E., Coolman, M., Jaddoe, V., Raat, H., Hofman, A., ..., Blom, E. A. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *An international journal of obstetrics y gynaecology*, 117. [Internet] doi:<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x>
- Thurgood, S., Avery, M. D., & Williamson L. (2009). Postpartum Depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*, 6(2). [Internet] Recuperado el 21 de mayo de 2020, de <https://www.aapsus.org/wp-content/uploads/Postpartum-Depression.pdf>

- Urdaneta, M.J., Rivera, S. A., García, I. J., Guerra, V. M., Baabel, Z. N., y Contreras, B. A. (2010). Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(5), 312-320. [Internet] doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262010000500007>
- Vera F. K., Natale, I. T., Merlo, T. J., y Valbuena, R.(2014) Depresión posparto valorada mediante la escala. *Rev Obstetrica ginecologica Venezuela*, 74(4), 229-243. Recuperado el 19 de mayo de 2020, [Internet] de <https://pdfs.semanticscholar.org/c67c/09f3b5cc237bc9c30b35d5406deae53d46ae.pdf>
- Vigil-De Gracia, P., y Olmedo, J. (2017). Diabetes gestacional: conceptos actuales. *Ginecología y obstetricia de México*, 85(6). [Internet] Recuperado el 25 de mayo de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412017000600380&script=sci_arttext
- Whitelaw, A. G., Cummings, A. J. & McFadyen I. R. (1981). Effect of maternal lorazepam on the neonate. *Br Med J*, 282, 1106-1108. [Internet] Recuperado el 15 de mayo de 2020, de doi:10.1136/bmj.282.6270.1106
- Wisner KL, P. J. (1996). Antidepressant treatment during breast-feeding. *The American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1132-1137. [Internet] doi:10.1176/ajp.153.9.1132
- Wisner, L. K. & O'Hara, W. M. (2013). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 3-12. [Internet] doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- Wolff, L. C., Valenzuela, X. P., Esteffan S. K., y Zapata B. D. (2009). Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 74, 151-158. [Internet] Recuperado el 15 de mayo de 2020, de doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000300004>
- Zotes, A. G., Labad, J., Santos, M. R., Esteve, G. L., Gelabert, E., Jover, M.,..., & Sanjuan J. (2015). Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. *Arch Womens Ment Health*, 19(3), 455-461. [Internet] Recuperado el 18 de mayo de 2020, de doi: 10.1007/s00737-015-0581-5

7. ANEXOS

ANEXO 1

Información para la paciente

La depresión post parto es el trastorno anímico más común en el periodo puerperal y muchas veces pasa inadvertido por falta de conocimientos propios o de los profesionales sanitarios. La sintomatología que cursa este trastorno suele ser llanto constante, desánimo, labilidad, irritabilidad, pérdida de apetito, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, de incapacidad para afrontar la maternidad e incluso ideas suicidas. El tratamiento suele ser farmacológico, pero dependiendo del grado de gravedad este podría no serlo, siendo las más usadas las terapias. La prevalencia de la DPP oscila entre el 10% y el 15% por ello no debe de pasar inadvertida e intentar diagnosticarla de manera precoz es imprescindible.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia, así como los factores que están asociados a esta en varios centros de salud de la isla de La Palma. Así mismo su participación en este estudio es muy importante ya que serviría para conocer más datos sobre este trastorno y ayudar tanto a madres futuras como a profesionales de la salud. Además, cumple usted los requisitos necesarios y la invitamos a que participe con total sinceridad y de manera anónima.

Consentimiento informado

Estudio sobre la prevalencia de la depresión post parto y factores asociados en 3 centros de salud de la isla de La Palma.

Investigador: Marta Suárez de León, estudiante de 4º año de enfermería.

Centro de salud:

Matrona responsable de la recogida de datos:

Yo,(Nombre y apellidos)

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada y he comprendido el motivo del estudio, así como que se me han resuelto las posibles dudas que me han surgido. He comprendido la importancia de mi participación en la investigación y voluntariamente acepto participar en él.

Firma del paciente

Fecha:

ANEXO 2

Encuesta elaborada

Formulario de recogida de datos sobre la puérpera para observar los factores asociados en la DPP.

Fecha del parto:

Fecha realización:

1.- Señale la edad en años que tenga:

- 18- 25 25-35 >36

2.- Señale el estado civil en el que se encuentre actualmente:

- Soltera Casada Divorciada Separada Viuda
 Otros (pareja de hecho, conviviendo con pareja, con pareja, pero sin convivir)

3.- Marque la casilla según el nivel de estudios:

- Sin estudios Con estudios primarios Estudios secundarios
 Estudios universitarios

4.- Señale el nivel socioeconómico:

- Alto: > 39.000€ anuales Medio: entre 24.000€ / 39.000€ anuales
 Bajo: entre 14.000€ / 24.000 € anuales

5.- Indique los antecedentes personales que presenta si los tuviera:

6.- Marque la casilla según el apoyo social que percibe:

- Poco Suficiente Bastante

7.- Marque la casilla según el estrés que percibe:

- Poco Suficiente Bastante

8.- Señale si tenía deseo del embarazo: SI/NO.

9.- Indique el tipo de lactancia que le ofrece al RN:

- Lactancia materna exclusiva Lactancia artificial
 Lactancia mixta

10.- Indique que tipo de paridad presenta:

- Primigesta Multípara

11.- Indique la edad gestacional con la que concluyó el parto:

12.- Indique el tipo de parto que tuvo:

- Vaginal Cesárea
 - Eutócico - Programada
 - Distócico - Urgencia

13.- Indique si tuvo alguna de estas complicaciones del embarazo:

- Hipertensión Preeclampsia CIR Diabetes gestacional
 Otra (indicar cual)

14.- Indique si su parto fue prematuro (semana 34+1/36+6): SI / NO

ANEXO 3

Escala Depresión Post parto de Edimburgo

A continuación, encontrará una escala de 10 ítems con varias respuestas por pregunta, relacionada con el periodo post parto. Usted deberá responder con la que más identificada se ha sentido durante la semana pasada.

1.- He sido capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas:

- Tanto como siempre No tanto ahora
 Mucho menos ahora No, nada

2.- He disfrutado mirando al futuro como siempre:

- Tanto como siempre Menos que antes

Mucho menos que antes Casi nada

3.- Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:

Si, la mayor parte del tiempo Si, a veces

No con mucha frecuencia No, nunca

4.- He estado ansiosa o nerviosa sin motivo:

No, nunca Casi nunca

Si, a veces Si, con mucha frecuencia

5.- He sentido miedo sin tener motivo:

Si, bastante Si, a veces

No, no mucho No, nunca

6.- Las cosas me han estado agobiando:

Si, la mayor parte del tiempo Si, a veces

No, casi nunca No, nada

7.- Me he sentido tan infeliz que he tenido problemas para dormir:

Si, la mayoría de las veces Si, a veces

No muy a menudo No, nada

8.- Me he sentido desgraciada y triste:

Si, la mayor parte del tiempo Si, a menudo

No con mucha frecuencia No, nunca

9.- Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

Si, casi siempre Si, bastante a menudo

Sólo en ocasiones No, nunca

10.- He pensado en hacerme daño a mí misma:

Si, bastante a menudo A veces

Casi nunca No, nunca

ANEXO 4

Hoja destinada a la matrona para llevar un control de las puérperas que participan en la investigación, así como los datos de esta y un teléfono al que poder contactarles.

Lista de participantes en el estudio	
Nombre y apellidos	
Teléfono de contacto	
Fecha de captación	
Fecha del estudio	
Observaciones/ objeciones	