“DETECCIÓN DEL RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y SU RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA”

PATRICIA CALDERÓN GONZÁLEZ

Tutora: Mª LOURDES FERNÁNDEZ LÓPEZ.

GRADO EN ENFERMERÍA

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Medicina, Enfermería y Fisioterapia

Sede de Tenerife. Universidad de La Laguna

Curso: 2015- 2016

RESUMEN

La depresión postparto constituye la complicación psiquiátrica más frecuente del período postparto. Una serie de variables biológicas, psicológicas y socioculturales interactúan para producir una mayor vulnerabilidad a la depresión en el periodo postparto y aumentar la prevalencia de este trastorno en dicho periodo vital. Evans y Cols expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda de familiares y/o amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, con frecuencia no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial cuando se trata de sentimientos de carácter depresivo.

Con el presente Proyecto de Investigación se pretende detectar la existencia de estados depresivos, evaluar los niveles de apoyo social percibido y determinar la existencia de relación entre apoyo social funcional y riesgo de estado depresivo en las mujeres puérperas atendidas en el CAP de la Cuesta a lo largo de un período establecido de 6 meses. Se propone para ello realizar un estudio descriptivo, observacional y analítico, no epidemiológico y de seguimiento. A las mujeres puérperas participantes se les administrará como instrumentos de medida un cuestionario ad-hoc, la escala de depresión postnatal de Edimburgo y el Cuestionario de MOO-SSS, para valorar el apoyo social percibido. Se solicitará permiso a la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Canario de Salud y la participación en el estudio será voluntaria, garantizándose el anonimato.

PALABRAS CLAVE

Depresión, puérperas, postparto, apoyo social.

SUMMARY:

The postpartum depression is the most common psychiatric complication in this period. A summary of biological, psychological and social variables can cause with more vulnerability this depression in the period after giving birth. Evans and Cols affirm that the most of these women's who suffer of this kind of depression don´t get professional help, even 50% don´t get any help from family or friends either.

On the other hand, the women's who have contact with professionals in this period, don´t want to show off their emotional problems and less if they are linked to a depression.

With the current Project of Investigation they want to find out the existence of this episodes of depression and evaluate the sources of social help that they get and the existence of the relation between social help and the risk of puerperium women's, who have been attended in CAP of La Cuesta in a period of six months, to get into this depression. They propose doing a descriptive, observational and analytic study, no epidemiological. They will give this women's a survey ad-hoc about the scale of postpartum depressions of Edinburg and a questionary of MOD-SSS to valuate the social help that they received. They will ask the “GAPCSCS” for permission, letting the participation be volunteer and also giving them the anonymity.

KEYWORDS:

Depression, postpartum, puerperium, social help.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

1. MARCO TEÓRICO 3

1.1 Depresión postparto 3

1.1.1 *Antecedentes y concepto actual* 3

1.1.2 *Síntomas y criterios diagnósticos según DSM-IV* 7

1.1.3 *Epidemiología y factores de riesgo* 9

1.1.4 *Instrumentos para la detección* 11

1.1.5 *Tratamiento* 13

1.2 Apoyo social 15

1.2.1 *La protección social a la maternidad* 16

1.2.2 *Redes de apoyo deficitarias* 17

1.2.3 *Atención a la salud: postparto* 18

1.2.4 *Instrumento de valoración* 20

1.3 Justificación 21

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 22

2.1 Objetivos 22

2.2 Metodología 23

2.2.1 Diseño 23

2.2.2 Población- muestra- ámbitos de estudio 23

2.2.3 Variables e instrumentos de medida 24

2.2.4 Procedimiento 24

2.3 Análisis estadísticos 25

2.4 Consideraciones éticas y limitaciones 26

2.5 Cronograma 27

2.6 Presupuesto 28

3. BIBLIOGRAFÍA 29

4. ANEXOS 33

4.1 I: Escala de depresión postparto de Edimburgh (EPDS) 33

4.2 II: "Cuestionario de apoyo social de MOS" 34

4.3 III: "Instrumento Ad hoc" 36

4.4 IV: "Solicitud de autorización a Gerencia de Atención Primaria" 38

4.5 V: "Consentimiento informado" 39

Introducción

La OMS considera que para 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral y tercera causa de morbilidad, y se calcula que hoy en día, hay 340 millones de personas con depresión. Las mujeres son más propensas a presentar depresión en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres, siendo una de las principales causas de enfermedad en mujeres de 15-44 años en todo el mundo. Además, existe un mayor riesgo de padecer depresión si las pacientes embarazadas presentan ansiedad (Sainz, et al, 2013) **(1).**

El diagnóstico al paciente con depresión suele ser tardío, cuando se ha complicado con otros padecimientos. Más de la mitad de las personas con esta enfermedad no son diagnosticadas ni reciben tratamiento adecuado, excepto cuando sus manifestaciones clínicas son evidentes y es necesaria su hospitalización.

El objetivo principal en el tratamiento de la depresión debe ser su remisión, permitir una mejor calidad de vida y bienestar personal. El problema se extiende al ámbito familiar, siendo habitual motivo de importantes conflictos interpersonales y en el ámbito laboral donde provoca absentismo, disminución del rendimiento y en ocasiones la baja laboral.

El período postparto se considera una etapa de mayor riesgo para la aparición de trastornos del estado de ánimo. Las investigaciones han demostrado que una mujer es significativamente más propensa a ingresar en un hospital psiquiátrico en las primeras 4 semanas después del parto que en cualquier otro momento de su vida y hasta el 12,5% de todos los ingresos de mujeres en hospitales psiquiátricos se producen durante el postparto **(2).**

Dentro de los trastornos afectivos en el período postparto nos podemos encontrar con 3 procesos: Depresión leve (disforia postparto, maternity blues...), Depresión postparto y psicosis postparto. Nos centraremos en la depresión postparto.

La prevalencia de la patología es muy elevada. Existen diferencias en cuanto a los datos de la incidencia, sin embargo, todos los estudios coinciden en que es un importante problema de Salud Pública que está creciendo. La bibliografía data de una prevalencia que puede alcanzar el 20% [(2)].

La depresión post-parto es la complicación psiquiátrica más frecuente del postnatal, y dada sus repercusiones en el bienestar de la madre y del recién nacido, debe ser abordada y constituir una prioridad en Salud pública. Se caracteriza por presentarse entre la 4 y la 30 semana del puerperio, manifestando síntomas como: irritabilidad, rabia, anhedonia, culpa, olvido, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que puede verse exacerbada con frecuencia por otros indicadores, como la baja autoestima, la incapacidad para hacer frente a la situación, la soledad, los sentimientos de incompetencia, y la pérdida de la propia identidad [(3)].

Diferenciar entre los síntomas depresivos y las consecuencias habituales del parto puede hacer que la depresión postparto sea de difícil diagnóstico.

La causa de la depresión postparto sigue siendo desconocida, la mayoría de investigaciones sugieren una etiología multifactorial. En concreto, una serie de variables psicológicas, biológicas y socioculturales, al parecer interactúan produciendo una vulnerabilidad a la depresión postparto. Aunque investigadores y profesionales sanitarios han especulado que la depresión postparto pudiera estar vinculada a cambios hormonales que acompañan al embarazo y parto, hasta la fecha no se ha asociado ninguna hormona en particular de forma persistente con la depresión postparto, ni identificado diferencias en las hormonas entre mujeres con y sin depresión postparto [(4)].

Evans y Cols expresan que la mayoría de las mujeres que experimentan depresión después del parto no tienen ayuda profesional, aún más, casi el 50% no tiene ayuda de familiares y/o amigos. Por otro lado, las mujeres que tienen contacto con profesionales de la salud en sus controles posteriores al parto, no están dispuestas a manifestar sus problemas emocionales, en especial, la depresión [(2)].

1 MARCO TEÓRICO

1.1 Depresión postparto

1.1.1 Antecedentes y concepto actual de depresión

El trastorno depresivo parece ser una de las primeras enfermedades mentales que fueron descritas en la historia de la humanidad.

Los intentos más remotos de comprender científicamente la depresión, se deben a Hipócrates, citando el término de "melancolía" para referirse a estos estados, siendo en el Siglo IV a.c, quien realizó la primera descripción sobre enfermedades mentales asociadas al postparto, describiendo algunos casos de psicosis puerperal, considerando de esta manera al parto, como un precipitante específico de psicosis, llegando incluso a indicar que podría haber una causa fisiológica, como la presencia de leche en el cerebro, procedente de los pechos (Cox, 1982 en Jadresic, 1994).

Es, en los siglos XVIII y XIX, cuando la literatura médica, alemana y francesa, muestran los primeros casos sobre locura puerperal. El primer estudio sistemático con pacientes con trastornos mentales postparto, lo realizó Jean Esquirol, quien, en 1818, realizó la primera descripción detallada de 90 casos de psicosis puerperal. Posteriormente, en 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe: "Enfermedades propias de la mujer". En 1856, el médico francés, Victor Louis Marcé, continuó el trabajo de Esquirol, publicando en su libro "Traite de la folie des Femmes Enceintes" (Tratado de la locura de mujeres embarazadas), donde menciona la existencia de un síndrome específico del puerperio, distinto de las enfermedades mentales no puerperales (Jadresic, 1994). Años después, en 1969, B. Pitt cita un tipo de depresión leve asociada al postparto. Sin embargo, es en la década de los 70, que se introduce el concepto de una depresión más grave, no asociada a la psicosis, conocida hoy en día, como "depresión postparto" **(5).**

Hasta mediados de la década de los 80, la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Fue la psiquiatra, Gisela B. Oppenheim quien, por primera

vez, hizo un cuestionamiento al mito que prevalecía hasta el momento cuando, en un texto en inglés de la época, inició un capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo [6].

Según Pérez (2005), el período de gestación, es una etapa de alta incidencia de trastornos depresivos, y el puerperio, es la etapa de mayor riesgo de depresión en la mujer [5].

En diversos estudios, los términos ansiedad y depresión tienden a confundirse o se presentan de forma conjunta, ya que, cuando encontramos mujeres ansiosas, es frecuente encontrar mujeres deprimidas [7,8]. La prevalencia de depresión junto con ansiedad es alta. La alta interrelación entre estas 2 variables ha sido indicada por numerosos autores, señalando, Hirschfels y Robert (2001), que ansiedad y depresión no son fácilmente distinguibles ya que sus síntomas se superponen [9].

Littleton et al. (2007), mediante un meta-análisis, revelan una correlación entre: Ansiedad, síntomas depresivos y estrés durante el mismo período temporal. Este estudio reveló que los síntomas depresivos y el estrés tenían una fuerte y estable relación, durante el período perinatal, mientras la ansiedad una relación más débil con el estrés y los síntomas depresivos. Lancaster et al. (2010) exponen que, la ansiedad materna junto con el estrés, se asocian con síntomas depresivos prenatales [9,10].

La Organización Mundial de la salud (OMS), define la salud como aquel estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad. En este contexto extendido a la depresión, la enfermedad debe entenderse como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social, que supone invalidez [11].

La OMS define depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración [12].

Una de las formas en las que se puede presentar la depresión es la depresión perinatal, que se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto[(1)].

El post-parto se define fisiológicamente, como el período comprendido entre el final del alumbramiento, hasta la total recuperación del organismo femenino, con aproximadamente seis semanas de duración, y comprende transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, mediante un proceso involutivo, que tiene como fin, restituir los cambios al estado pre gravídico. Este comprende tres etapas: puerperio inmediato, mediato y tardío, que se caracterizan por la alta prevalencia de complicaciones en la salud de la madre y el recién nacido [(13)].

Es Hipócrates en el siglo IV a.C, quien hace la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al postparto, aunque no fue hasta la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). el momento en que la psiquiatría establece la asociación del postparto y los cambios del ánimo (la depresión postparto no era reconocida oficialmente como una entidad propia en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, o en el DSM- III-R). La importancia de diagnosticarla y tratarla de modo eficaz, así como las consecuencias devastadoras sobre la mujer, la familia y la sociedad cuando no se intervienen según la evidencia científica actual, ha favorecido su inclusión como trastorno del estado de ánimo en el DSM- IV [(2)].

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM–IV) de la American Psychiatric Association especifica un número de trastornos del estado de ánimo, en su conjunto llamado depresión y se refiere de forma específica al inicio en el posparto dentro de las primeras cuatro semanas. Este establece la DPP como un episodio depresivo mayor, donde se presentan sentimientos de tristeza, llanto fácil, falta de esperanza, anorexia, inquietud, disturbios en el sueño y labilidad emocional, estado que empieza entre las 4-6 semanas después del parto. Por las dificultades diagnósticas que pueden existir al principio, numerosos autores consideran un período de inicio más amplio para hablar de depresión postparto (hasta pasados 3-6 meses), con una incidencia de 3—27%, que puede durar de un mes hasta más de un año [(14)].

Se debe tener presente que algunas molestias propias de la gravidez, como la astenia, la labilidad emocional, las alteraciones del sueño y del apetito, se encuentran durante la depresión. Asimismo, las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas, tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales se asocian a síntomas depresivos. Por ello, se recomienda explorar sistemáticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida [15].

Los trastornos del estado de ánimo en el postparto son los siguientes: Depresión postparto leve o "Maternity blues", Depresión postparto y Psicosis puerperal, que es la más grave de todas y requiere generalmente el ingreso del paciente.
A continuación, se pasa a diferenciar las características de cada uno de ellos:

- **Depresión leve** (Disforia Postparto, Postparto blues): Es la alteración del estado de ánimo más frecuente en el postparto, correspondiendo al 50% de los casos. El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste, que produce nostalgia y refleja recuerdos del pasado de los músicos. Se trata de un trastorno transitorio muy común, que suele aparecer los primeros días post-parto, alrededor del tercer día y tiene una duración corta, de horas o de uno a dos días. Incluye síntomas breves de ansiedad, labilidad afectiva, ideas negativas sobre la crianza del hijo y llanto frecuente, síntomas todos muy pasajeros, por lo que a menudo no se requiere de tratamiento farmacológico [15]. Aunque es una situación que requiere nuestra alerta, por tanto, debería vigilarse la posibilidad de que estos síntomas persisten o aumenten en intensidad, ya que se ha visto en algunos estudios que, hasta el 20% de estos casos podría desarrollar posteriormente una depresión clínica [16].

- **Depresión Postparto:** Se inicia en las primeras semanas tras el parto, con una duración entre 3 y 14 meses y una prevalencia entre el 8-25%. Suele presentar la siguiente sintomatología: fatiga, llanto, sentimiento de culpabilidad, tristeza, pérdida de la líbido, alteración de la concentración sueño y apetito, sobreprotección al niño, etc. Los factores asociados son: herencia, historia previa de depresión, acontecimientos ambientales adversos, aislamiento social [4] ...

- **Psicosis puerperal:** Se trata de una complicación grave, una emergencia psiquiátrica. Tiene una incidencia en torno al 0,1-0,2%, es decir, afecta a 1-2 de cada 1000 nacimientos [(4)]**.** Comienza generalmente durante las 2 primeras semanas post-parto. Evoluciona rápidamente, a veces notándose los síntomas a las 48-72 horas después de haber dado a luz. Entre los síntomas destacan: un estado de ánimo deprimido o eufórico, un comportamiento desorganizado, labilidad emocional, delirios y alucinaciones que implican al niño (pueden pensar que el niño está muerto, poseído por un demonio, o que es un salvador como una misión divina). La madre con frecuencia puede autolesionarse o dañar a su hijo. El 15-20% de mujeres que presentan psicosis post-parto ha tenido previos episodios psicóticos, siendo las primigestas doblemente vulnerables a la psicosis.

1.1.2 Síntomas y criterios diagnósticos según DSM-IV

La mujer que sufre una depresión postparto generalmente experimenta varios de los síntomas mostrados en la siguiente tabla [(4,17)]:

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO
• Pereza
• Fatiga
• Tristeza
• Alteración del sueño y del apetito
• Falta de concentración, confusión
• Pérdida de memoria
• Irritabilidad hacia el marido o hacia los otros hijos
• Sentimientos de culpa
• Pérdida de líbido
• Miedo a autolesionarse o a dañar al niño
• Sobreprotección del niño; la madre ve al niño siempre como enfermo, lo que motiva repetidas consultas al especialista. A veces esta situación es el único síntoma de una depresión silenciosa de la madre.
• Puede aparecer raramente una intolerancia extrema hacia el bebé: llega a gritarle e incluso a pegarle.
• Síntomas ansiosos; angustia intensa, miedo, taquicardia, taquipnea, temblor, mareo, pánico, etc.

Durante la depresión, las pacientes pueden experimentar una serie de molestias como son: astenia, alteraciones del sueño y alteraciones del apetito; además durante el embarazo, las mujeres pueden sufrir una serie de patologías, que pueden ser detonantes depresivos, como son: anemia, diabetes gestacional, disfunción tiroidea. Por este motivo, para minimizar el riesgo de falsos positivos, se recomienda explorar los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, sentimientos de culpa, desesperanza y la ideación suicida [17].

LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN POSTPARTO SEGÚN DSM-IV

A: Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es 1: estado de ánimo depresivo o 2: pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
2. Marcada disminución de interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente auto reproches o culpa por estar enfermo).
8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por la observación de otros).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

   B: Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

   C: Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

   D: Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia

(por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E: Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor [(18)].

1.1.3 Epidemiología

Según informes de la Organización Mundial de la Salud, OMS, una de cada 20 personas señala haber tenido al menos un episodio depresivo en el último año (World Federation of Mental Health, 2012), constituyendo la depresión un importante problema de salud pública a nivel mundial, afectando en mayor medida a mujeres, en mayor medida a aquellas de bajos ingresos. En el mundo, se estima que la depresión será una causa importante de discapacidad para el año 2020 [(1)].

Los estudios internacionales muestran que, entre un 6 y un 38% de las mujeres sufren de depresión durante o después del embarazo (Field, 2011; Fortner, Pekow, Dole, Markenson&Chasentabe, 2011), duplicándose estas cifras en países en vías de desarrollo [(1)].

Según El Ministerio de Sanidad, la prevalencia de depresión postparto en España es en torno al 10-20%, es decir, que una de cada diez mujeres padece este tipo de depresión tras dar a luz, o en meses posteriores, siendo la patología más frecuente durante el puerperio. Del mismo modo, la revista biomédica Medwave[(19)] también indica al respecto: " No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de enfermar de enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período postparto, lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado".

Otras fuentes, como el estudio ESEMED (proyecto europeo sobre Epidemiología de los trastornos mentales) informa de que "la depresión en España afecta al 10% de la población, es decir, casi a 4 millones de ciudadanos, encontrándose en estado de

depresión leve el 52% de los diagnosticados, en situación moderada el 36% y en grave el 11% [17]. Además, la depresión es" dos veces más frecuente en las mujeres en edad adulta que en varones". Mundialmente, según un estudio de 2012 [17], la depresión en mujeres (rango de 18-44 años de edad), es la causa más frecuente de incapacidad laboral.

Es importante destacar que el número de mujeres con depresión postnatal aumenta con el tiempo, es decir, mientras un 10% es diagnosticada con depresión a las 8 semanas postparto, un 22% recibe este mismo diagnóstico a los 12 meses de nacido su bebé (Barlow et al., 2010), requiriéndose mejorar la precisión de los procedimientos diagnósticos [1].

Factores de riesgo

No se conocen con exactitud los desencadenantes de los trastornos del estado de ánimo en el puerperio, pero se han descrito factores relacionados con su aparición, entre los que se encuentran los siguientes:

- **Teorías bioquímicas:** Entre los aspectos hormonales, el período posparto se caracteriza por un cambio en los niveles de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento, en parte resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto.

- **Antecedentes psiquiátricos previos tanto personales como familiares de depresión**: Estudios prospectivos y retrospectivos señalan que una historia de depresión previa aumenta la incidencia en un 10-24%. Si la depresión ocurre durante el embarazo el riesgo es más alto (35%). Si existen antecedentes de depresión postparto, el riesgo de recurrencia aumenta hasta un 50% [4].

- **Factores psicológicos:** El embarazo y el parto requieren la adaptación de la mujer a una serie de cambios que ocurren no sólo en su cuerpo y en su mente, sino con su pareja y con el resto de las relaciones interpersonales.
  El modelo de madre ideal, abnegada, sacrificada y entregada a su hijo, provoca enfrentamientos psíquicos en la mujer.
  El tener un hijo para reivindicar la feminidad, abandonar la familia de origen, unir a la pareja, evitar un duelo o satisfacer a un hermanito, indican problemas psicológicos que pueden manifestarse durante el embarazo y después de éste, al igual que tener un hijo no deseado provoca desde el inicio alteraciones del vínculo madre-hijo que pueden acarrear secuelas **(4).**

- **Factores psicosociales:** La percepción subjetiva de falta de apoyo que reciben las mujeres tras el nacimiento de sus hijos, en la realización de tareas domésticas, en el cuidado del niño o el apoyo emocional, en ocasiones por familiares y en otras de su pareja, supone un incremento en el riesgo de estos trastornos. La existencia de otros acontecimientos como un cambio de domicilio, pérdida del puesto de trabajo, no disfrutar del período baja maternal o los conflictos con la pareja constituyen factores de riesgo.

- **Factores socio-demográficos:** La edad temprana o tardía de la madre, su estado civil, el nivel de estudios, la situación económica y laboral de ambos cónyuges son otras condicionantes que guardan relación a este problema **(4).**

Debemos tener en cuenta que en toda mujer embarazada existe riesgo de DPP y por ello debemos prestar atención a los cambios de actitud, en la búsqueda de indicios como baja autoestima, desesperanza, estrés e impotencia.

1.1.4 Instrumentos para la detección precoz de la depresión postparto

La detección precoz de estos trastornos es complicada y en muchas de estas pacientes pasan desapercibidos, ya que, en función de las expectativas sociales deben estar contentas y plenas de satisfacción tras el nacimiento, pudiendo sentir “vergüenza” de mostrar sus verdaderos sentimientos. Dificulta aún más el diagnóstico el hecho de que el período postparto está asociado a cambios psicológicos y complicaciones somáticas

que pueden ocultar un cuadro depresivo. No obstante, estas alteraciones del ánimo se pueden detectar por medio de las escalas de evaluación de depresión.

Las escalas de evaluación de depresión son, instrumentos de medida estandarizada que ofrecen una puntuación objetiva y tienen dos fines fundamentalmente: apoyar o no, a un determinado diagnóstico y evaluar de forma objetiva los resultados de una determinada intervención terapéutica.

Los instrumentos más utilizados normalmente son: La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo(EPDS), la escala para depresión del centro epidemiológico (CES-D), el inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Hamilton y la Escala de Goldberg. De estos, en relación a la depresión postparto, la Escala de Depresión postnatal de Edimburgo es, en la actualidad, la más utilizada en todo el mundo.

- ***La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo***

Diseñada por Cox et al. (1987) en Edimburgo para ayudar a los profesionales de atención primaria a detectar estados depresivos en el período postparto, mide, según Villegas et al. (2007) [(20)] varios síntomas depresivos que pueden presentarse en este período postparto, como: disforia, sentimiento de culpa, ideas suicidas y dificultad para concentrarse, entre otros. Se trata de un instrumento específico de fácil aplicación y muy útil tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios, de atención primaria y en los propios hogares de las madres. Consta de 10 preguntas con 4 posibles respuestas, en las que se le pide a la madre, que responda cómo se ha sentido en los siete últimos días, con una puntuación en cada una de ellas de 0 a 3, pudiendo obtener una puntuación final mínima de 0 y máxima de 30. Una vez obtenido los resultados de la escala, se clasifica en 3 grupos según el riesgo que presente: Si la puntuación obtenida es menor a 10 no hay riesgo de depresión postparto; Si la puntuación está entre 10-12 se considera que hay riesgo de estar afecta de depresión; y si la puntuación es igual o mayor a 12, indica una probable depresión. La escala muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5%.

Ha sido traducida y utilizada en más de 23 países distintos para identificar a las mujeres que podrían estar cursando depresión durante el postparto. En España es Válida

según el DSM IV y traducida al castellano por Cox y Holden, 1994.

A pesar de que su objetivo inicial era la detección de cuadros depresivos en el postparto, se ha empezado a utilizar y ha sido validada por Murray y Cox, para identificar episodios de depresión durante los tres trimestres en el embarazo [20,21].

Numerosos estudios han demostrado que esta escala es un buen instrumento para la detección precoz de la depresión postparto, las madres cuyo test resulta positivo, tras la entrevista estructurada diagnóstica, confirman el cuadro depresivo postparto [20].

1.1.5 Tratamiento de la depresión postparto

Como se mencionó anteriormente, las disforias postparto no requieren tratamiento debido a que la alteración del ánimo es leve. En estos casos, si la madre acudiera a consulta, se le debe explicar que lo que sucede es normal, como consecuencia de los cambios hormonales que está experimentando y que desaparecen habitualmente, sin necesidad de tratamiento.

Las psicosis, por su parte, dado sus características (alteraciones conductuales, delirios y/o alucinaciones), habitualmente son derivadas al psiquiatra.

En relación al tratamiento de las depresiones postparto no psicóticas, se deben considerar tanto las estrategias psicoterapéuticas como el tratamiento farmacológico.

Intervenciones psicoterapéuticas

Para las mujeres en riesgo, pero asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de DPP, es recomendable la psicoeducación. Consistente en explicar a la madre y a la familia qué es la depresión postparto, los posibles factores intervinientes, indicándoles que se trata de una enfermedad y no de un fracaso personal; modo de entender el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica, insistiendo en que la madre volverá a ser ella misma, aunque su recuperación total puede tardar algunos meses. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo, resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento de los problemas del sueño, logra con frecuencia evitar el desarrollo de trastornos depresivos

puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe ayudar a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso al favorecer su descanso. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad [4,17].

Consecuencias de no tratar la depresión postparto

En la actualidad, numerosas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales y cognitivos.

Por ejemplo, se ha observado en preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos, es decir, sufrieron una DPP, tuvieron coeficientes intelectuales más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período. En otro estudio, se dio a conocer una asociación entre DPP y violencia en los hijos. Aquí, los hijos se mostraron más violentos si las madres habían estado deprimidas al tercer mes postparto y al menos, en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta años después del parto.

La depresión postparto no sólo afecta el modo en cómo la madre se relaciona con su hijo, sino también la manera cómo la percibe, observándose que, las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres no deprimidas [17].

Pueden aparecer de forma ocasional sentimientos negativos hacia el recién nacido, con riesgo de provocar situaciones graves como el suicidio y el infanticidio, que habitualmente están más asociados a la ausencia de tratamiento y psicosis postparto. Sin embargo, Paris y Cols. (2009) evaluaron a 32 mujeres con DPP, encontrando que 43% presentaba “moderado a alto riesgo suicida”, asociado significativamente con una baja autoestima en relación a la interrupción de su trabajo, mayor estrés en el rol materno, menor preparación para asumirlo, e inadecuada interacción con su bebé [22].

Estudios muestran que las mujeres deprimidas son más vulnerables a un abuso de sustancias como antidepresivos, drogas o alcohol, y tendrán más problemas sociales, incluyendo la desatención del recién nacido [22,23].

También se ha observado que la sintomatología depresiva persistente de la mujer después del parto interfiere con el bienestar de la familia, pudiendo aumentar la probabilidad de depresión en la pareja ante la presencia de otros factores como la baja escolaridad, pobre apoyo psicosocial y violencia en la relación marital [22,23].

1.2 Apoyo social

Apoyo social son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo [24]. Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante necesidades sociales básicas (apego, aprecio, aceptación, sentido de pertenencia, identidad, y confianza) de la persona a través de la interacción con otros.

El apoyo social es también un proceso interactivo gracias al cual la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra incluido. Es una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: a) preocupación emocional (amor, empatía), b) ayuda instrumental (bienes y servicios), c) información (acerca del contexto), o, d) valoración (información relevante para la auto-evaluación). Además, el apoyo social ayuda a mantener la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la teoría amortiguadora que describe su efecto atenuante de los estresores sociales. Los individuos que cuentan con apoyo social son capaces de afrontar mejor las situaciones graves y angustiosas que los que carecen de él. Cabe destacar que no se trata solo de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos [24].

1.2.1 *La protección social a la maternidad*

En 1919, la OIT (Organización Internacional del Trabajo), propone la primera norma universal relativa a la licencia de maternidad “Convenio sobre la protección de la maternidad”, cuya finalidad es la protección de las trabajadoras durante el embarazo y después del parto. El convenio fue revisado por primera vez en 1952, en la actualidad, prevé una licencia mínima de 12 semanas, pero se recomienda acordar 14 semanas **(25).**

En la Constitución Española, en su artículo 39, obliga a los poderes públicos a proteger social, económica y jurídicamente a la familia, a las madres y a los hijos/as.

A pesar de las dificultades, las mujeres se han ido integrando de forma progresiva al trabajo remunerado, mientras los hombres van accediendo de una forma lenta a la esfera reproductiva. La necesidad creciente de hombres y mujeres del acceso al mercado laboral a veces puede ir en detrimento a la dedicación familiar y, por tanto. Es por ello que algunos autores, sugerían que la existencia de legislación específica de protección de la maternidad es un paso significativo, pero no suficiente, para garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el mercado laboral, siendo de consideración la conciliación entre trabajo remunerado y de las responsabilidades familiares. La compatibilidad de ambos cometidos pasa o debería pasar por el acceso a ayudas económicas que permitan a los beneficiarios hacer frente a los gastos que conlleva tener una familia, así como por medidas de conciliación de vida laboral y familiar que permitan disponer de tiempo que faciliten las atenciones y cuidados familiares sin la pérdida de oportunidades de las mujeres en la vida laboral o menoscabo de su futuro profesional **(26).**

España, en una comparativa al resto de los países europeos, no dispone de adecuadas prestaciones de protección social para la maternidad. Actualmente, las cifras del gasto de protección social sobre el producto interior bruto están por debajo de las que conceden otros países de la Unión Europea. Se aprecia a partir de algunos datos referidos a 2014 que España destinó a este fin un 17,6%, mientras la media europea fue de un 19,5%, y casi tres puntos por debajo de la media de la zona euro, 20,4%, encabezando la lista de inversión Finlandia, Francia, Dinamarca, Austria, Italia, Suecia, Grecia y Eslovaquia **(27).**

En la actualidad, más de 60 países otorgan licencias de maternidad para madres trabajadoras de 14 semanas o de duración superior, según recomendación de la Organización Internacional del Trabajo. Mientras en España se conceden 16 semanas, en otros países se otorgan licencias más prolongadas: por ejemplo, en la República Checa y Eslovaquia (28 semanas), Croacia (6 meses y 4 semanas), Hungría (24 semanas) o Italia (5 meses). En Dinamarca, Noruega o Suecia, se prevén largas licencias pagadas que pueden tomar el padre o la madre, aunque una parte de la licencia está reservada a la madre [25].

Después del período de baja y tras el parto, es cuando suelen surgir mayores obstáculos para compaginar las obligaciones laborales y el cuidado de la familia. La necesidad de aplicar de nuevo las jornadas a unos horarios estrictos hace que el cuidado de los hijos se tenga que desviar a otras personas o entidades durante ese tiempo en el que tanto el padre como la madre trabajan. Es difícil contar con las abuelas, cada día con menor disponibilidad, y la necesidad de contratar a una persona o pagar un centro como pudiera ser una guardería, supone a las familias un gasto adicional, en ocasiones difícil de afrontar [28].

A este inconveniente hay que añadir la escasez de centros especializados en el cuidado de menores que hay en España actualmente, ya que la tasa neta de escolaridad de los niños de 0 a 1 años es tan sólo del 9,7% en el curso 2011-2012 [29].

1.2.2 *Redes de apoyo deficitarias*

El apoyo que se recibe de familiares, amigos y otras personas allegadas tiene una repercusión directa y beneficiosa en la salud, especialmente durante el período maternal, que establece una etapa de cambios y adaptaciones. Hay una convicción creciente de que la falta de apoyo social se relaciona con un riesgo aun mayor de enfermar y también con la de recuperarse de trastornos de todo tipo, guardando una relación directa en el bienestar y la calidad de vida [14,17]. Algunos estudios realizados en nuestro medio

revelan la relación entre el apoyo social a cuidadoras de niños, ancianos y enfermos con una disminución en el uso de algunos servicios sanitarios [26].

Por otro lado, se ha asociado la carencia de apoyo social con un incremento de los ingresos hospitalarios y un mayor uso de los servicios de urgencias por madres y bebés de clase social baja [1]. Además, la falta de apoyo que presentan las madres cada vez con más frecuencia, sobre todo en los países desarrollados, resulta ser un factor que contribuye a la depresión postparto [1].

En un análisis del tiempo empleado por las mujeres al margen del trabajo remunerado, principalmente se centra en las tareas domésticas y de cuidados familiares, mientras que los hombres lo emplean a favor de su desarrollo personal. Algunos datos sobre el uso del tiempo de los hombres y las mujeres confirman esta afirmación. Así, por ejemplo, en el año 2009-2010 el tiempo medio diario dedicado por los hombres al trabajo doméstico y el cuidado familiar fue de 2 horas y 32 minutos, mientras las mujeres emplearon 4 horas y 29 minutos [30].

1.2.3 Atención a la salud: Postparto

Después del parto, muchas madres, sobre todo las primerizas, inician las prácticas de cuidado cuando retornan a su domicilio sin tener la necesaria información y habilidades para valerse con el bebé. Aunque las propias madres valoran de forma positiva la educación maternal, coinciden con la opinión de expertos y profesionales en la necesidad de hacer hincapié no sólo en los aspectos de preparación al parto, sino en la obtención de conocimientos, el desarrollo de actitudes y en conductas que repercutan positivamente en la salud postparto de madres e hijos [1]. A menudo, la atención y la información sanitaria a las madres, se interrumpe después del parto. Precisamente, la transición a la maternidad necesita de la supervisión, seguimiento y apoyo a las madres tras el parto con el objetivo de aminorar las dificultades en el cuidado del hijo, así como para prevenir problemas de salud física y emocional. Como sugieren algunos estudios, los grupos de ayuda y los manuales de autoayuda no son la solución más efectiva si el objetivo es mejorar los resultados de salud materna e infantil [31].

Tras el parto, las madres se enfrentan a la complicada labor de vigilar el desarrollo físico y psicológico de sus hijos. Con el añadido de hacer compatible su vida laboral y otras actividades (atención en los cuidados de otros miembros de la familia, tareas domésticas y económicas, etc.); todo ello, termina pasando factura en la salud de las mujeres.

Las actividades de cuidado del recién nacido precisan de la madre un estado de continua alerta, en detrimento de su descanso. Esta situación requiere un esfuerzo, que resulta agravado si surgen problemas con la alimentación, salud o de sueño y un llanto incesante. Sobre todo, en los primeros meses posteriores al parto, la madre queda confinada la mayor parte del tiempo en casa, con actividades de cuidado y domésticas, por lo que se produce una merma en sus relaciones interpersonales, que se limitan a la pareja y el hijo/a. El cambio, en el modo de vida cotidiano conlleva la desaparición de muchas actividades placenteras, componente que influye en la falta de cohesión con la pareja, con la que, por otro lado, debe aprender a tomar decisiones o hacer frente a las nuevas situaciones que implican el tener un hijo/a, motivo habitual de discrepancias y discusiones**.**

En este contexto, es habitual la aparición de problemas físicos y emocionales en las madres, que tienden a ir en aumento con el paso del tiempo **(1).** Los dolores de espalda, de cabeza, el cansancio intenso, así como la ansiedad y la depresión, interfieren de forma considerable en el día a día de las mujeres y a menudo hacen que aparezca el sentimiento de culpabilidad, por no responder de manera adecuada a la imagen de madre capacitada, saludable y feliz**.**

Entre otros factores se ha relacionado la depresión de la madre en el posparto con la vivencia de experiencias negativas o la acumulación de niveles altos de estrés y sobrecarga de trabajo **(4).**

Las madres son una importante fuente de estímulo en el desarrollo de los hijos, son muchos los estudios que evidencian los efectos negativos que para ellos tiene la

depresión materna, como el mayor riesgo de trastornos afectivos, los problemas de conducta, de atención y somáticos, las dificultades en el aprendizaje y la comunicación[4,17].

El suministro de fuentes de apoyo, la información, la educación y la obtención de habilidades maternales, así como la programación de consultas de salud mental, se indican como posibles estrategias de prevención y para afrontar los problemas emocionales en el postparto [31].

1.2.4 *Instrumento para valorar el apoyo social percibido*

Hay varios instrumentos que miden el apoyo social percibido como son: El cuestionario de MOS-SSS, escala de Zimet, escala de Duke, escala de Vaux, entre otros.

- **Cuestionario MOS-SSS**

El cuestionario MOS-SSS "The medical outcomes study social support survey" fue desarrollado por Sherbourne y Stevart en 1991.

Este cuestionario es breve, de fácil comprensión y auto administrado. Trata de evaluar el apoyo social funcional, es decir, la percepción de apoyo que tiene una persona, por lo que es una medida subjetiva. Este, además, es multidimensional: emocional, instrumental, informativo, valoración y compañerismo durante el tiempo libre.

Consta de 20 ítems, con puntuaciones de 1=nunca a 5=siempre, excepto en el ítem 1, donde la respuesta es libre. La puntuación oscilará entre 19-95, considerando mayor apoyo social percibido cuando mayor sea la puntuación. Una puntuación inferior a 57 se considera de bajo apoyo social.

El cuestionario mide el tamaño de la red social (ítem nº1) y cuatro dimensiones del apoyo social funcional (19 ítems): apoyo instrumental, apoyo emocional, informacional, apoyo afectivo.

La consistencia interna obtuvo puntuaciones alfa de Crombach de 0,97 y para las subescalas (instrumental, emocional/informacional y afectiva) oscila entre 0,91-0,96. La fiabilidad del test es 0,78 [32].

1.3 Justificación

A partir de la revisión realizada, resulta evidente que este trastorno es un problema de salud importante para muchas mujeres, y que en ocasiones puede acarrear consecuencias graves para la salud de la madre, el recién nacido y para su entorno familiar.

La depresión postparto puede resultar una experiencia muy solitaria, donde la mujer, por temor, no es capaz de informar de lo que sucede ni a sus familiares más cercanos ni al personal sanitario. Al no realizarse una adecuada valoración emocional durante la atención prenatal y perinatal de las mujeres embarazadas y tras dar a luz, este trastorno puede pasar desapercibido para el personal sanitario. En esta línea, merece recordar que la prevalencia de depresión postparto en mujeres sin antecedentes personales previos de trastornos mentales es elevada y siendo, además, con frecuencia no detectada.

Son múltiples y variados los factores que pueden ser elementos de riesgo para la aparición de este cuadro clínico, hasta el punto de llegarse a reconocer que el postparto puede no ser esa etapa idílica que antes se creía. Así, la conjunción de cambios fisiológicos propios del momento, con la presión social para sentirse plena y feliz por la maternidad, y otros factores de riesgo, como un mínimo o nulo apoyo familiar, bajos niveles socio-económicos, antecedentes personales o sociales de trastornos del estado de ánimo, etc., pueden llevan a una depresión postparto y por tanto a sus consecuencias negativas.

Se propone el presente proyecto de investigación tomando como base todo lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta que, en nuestro actual sistema de salud, tanto durante el embarazo como en el puerperio, posiblemente el profesional sanitario con quien más contacto tenga la mujer sea el personal de enfermería o matronas. Esto hace que este profesional sea, probablemente, el más adecuado para estar atento a, y detectar, la posible aparición de sintomatología depresiva. También este profesional es el que puede percatarse de los posibles déficits en el apoyo social que pueda estar sufriendo la mujer puérpera. La utilización de instrumentos de medida para facilitar la detección precoz de estas circunstancias puede facilitar esta tarea y llevar a un abordaje temprano de aquellos casos que lo requieran. Esta puede ser una labor más a realizar por el personal de enfermería, contribuyendo con ello a proporcionar unos cuidados cada vez de mayor calidad y a un enriquecimiento para la profesión, abriendo nuevos campos de actuación para la enfermería.

2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.1 Objetivos

1. Detectar estados depresivos en el período postparto en una muestra de mujeres puérperas atendidas en el CAP de la Cuesta, y su relación con variables socio-demográficos y circunstancias vitales de interés.

2. Evaluar el apoyo social funcional que tienen las mujeres puérperas que constituyen la población diana de este estudio y su relación con variables socio-demográficos y circunstancias vitales de interés.

3. Determinar la posible existencia de relación entre apoyo social funcional y riesgo de estado depresivo en las mujeres puérperas atendidas en el CAP de la Cuesta a lo largo del tiempo de realización del estudio.

2.2 Metodología

2.2.1 Diseño

Se trata de un estudio descriptivo observacional y analítico, no epidemiológico y de seguimiento.

2.2.2 Población- Muestra- Ámbito de estudio

La población de estudio estará formada por las puérperas que acudan a revisión postparto en el Centro de Salud de La Cuesta, situado en el municipio de San Cristóbal de la Laguna, y cuyas edades estén comprendidas entre 18-45 años de edad.

El Centro de Salud de la Cuesta es un centro perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife, situado en zona urbana del municipio de La Laguna, y está al servicio de aproximadamente 22.000 usuarios tanto adultos como pediátricos, pertenecientes a los siguientes barrios de La Laguna: Salud Alto, La Cuesta, parte de la Higuerita, El Rocío, el Camino de Las Mantecas, Vistabella, Valle Jiménez y Valle Tabares).

La muestra la formarán aquellas mujeres que acudan al centro de Salud para primera consulta con la matrona, a los cuarenta días tras el parto, (todos los días de la semana y en todos los turnos), a lo largo de tres meses, que cumplan con los criterios de inclusión y no estén afectadas por los criterios de exclusión.

Criterios de inclusión

- Mujeres puérperas entre 18-45 años de edad, y que quieran participar voluntariamente en el estudio, firmando el consentimiento informado específico para ello.

Criterios de exclusión

- Mujeres puérperas con diagnóstico previo de trastorno mental, con afectación de funciones físicas o cognitivas, o dificultades para la comunicación, que

obstaculicen o impidan la correcta cumplimentación de los instrumentos de medida.

- Mujeres puérperas que no deseen participar en el estudio, no habiendo prestado su consentimiento previo.

2.2.3 Variables e instrumentos de medida

Se utilizará un cuestionario de elaboración propia que recoge los datos sociodemográficos y variables relativas a diversas circunstancias vitales de interés, y dos cuestionarios validados, uno para valorar la depresión postparto, y otro para valorar el apoyo social percibido.

La depresión postparto será valorada mediante el Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo, que consta de 10 ítems con 4 posibles respuestas, en las que se le pide a la madre que responda cómo se ha sentido en los siete últimos días, con una puntuación en cada una de ellas de 0 a 3, pudiendo obtener una puntuación final mínima de 0 y máxima de 30. La escala muestra una sensibilidad del 76,7% y una especificidad del 92,5% **(Anexo I).**

El apoyo social se valorará a través del cuestionario "The medical outcomes study social support survey" (MOS-SSS), que consta de 20 ítems con puntuaciones de 1=Nunca a 5=Siempre. La puntuación oscilará entre 19-96, considerando menor apoyo social cuanto mayor sea la puntuación. El cuestionario mide el tamaño de la red social y las cuatro dimensiones del apoyo social funcional: Apoyo instrumental, emocional, informacional y afectivo. La consistencia interna obtuvo puntuaciones alfa de Crombach de 0,97 y para las subescalas (instrumental, emocional/informacional y afectiva) oscila entre 0,91-0,96. La fiabilidad del test es 0,78 **(Anexo II).**

2.2.4 Procedimiento

En primer lugar, se solicitarán los permisos necesarios a Gerencia de Atención Primaria de Santa Cruz de Tenerife **(Anexo IV).**

Una vez obtenidos los permisos, se contactará con los profesionales del Centro de

Salud, informándoles de la finalidad del estudio y solicitando su colaboración.

El estudio tendrá una duración aproximada de 6 meses (tres meses de inclusión de participantes-1ª valoración- y tres meses de seguimiento-2ª valoración-).

La captación de las pacientes se llevará a cabo a medida que estas acudan a sus citas programadas con la matrona en el Centro de Salud de la Cuesta, a los 40 días tras el parto. Primero, se explicará a grandes rasgos el tipo de estudio que se va a realizar y cuál es su finalidad. Se les entregará un consentimiento informado, que deben cumplimentar y firmar antes de comenzar con el estudio.

Seguidamente, se pasarán los cuestionarios y escalas comentados anteriormente en un lugar tranquilo y a solas, que se aplicarán de manera heteroadministrada.

Se citarán a todas las mujeres participantes en el estudio a una segunda revisión a los tres meses tras el parto, donde volveremos a repetir el protocolo de la primera cita.

2.3 Análisis estadísticos

Tras la recogida de datos se procederá al volcado de la información obtenida a través de los cuestionarios, y para el estudio estadístico se utilizará el programa PSPP (Perfect Stadistics Professionally Presented) versión 0.9.0

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se utilizan los índices estadísticos de tendencia central y de dispersión (Media, mediana y desviación típica). En el caso de las variables cualitativas y categóricas se obtendrán frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y se expresarán por medio de gráficas o tablas de frecuencia.

Para estudiar la asociación entre variables cualitativas y categóricas se utilizará la prueba de chi cuadrado. Para estudiar la diferencia entre dos variables cuantitativas, se utilizarán los test estadísticos de t de Student, en caso de variables paramétricas, y el test de Mann-Whitney en caso de no paramétricos. En caso de que las diferencias entre variables tengan más de dos niveles, se utilizará el análisis de la varianza. Se fija un nivel de significación de una $p < 0,05$.

2.4 Consideraciones éticas y limitaciones

El presente estudio se realizará respetando la legislación sanitaria en España y las normas de buenas prácticas clínica de la declaración de Helsinki (Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos).

Para poder llevar a cabo el estudio, será preciso una solicitud dirigida a la Gerencia de Atención Primaria del Gobierno de Canarias. **(Anexo IV)**

Se solicitará el consentimiento informado a cada paciente, firmando el formulario específico para ello, **(Anexo V)** después de haber informado que su participación en el estudio es estrictamente voluntaria y de que la información obtenida será tratada de manera absolutamente confidencial, guardando el anonimato, y que no se usará para ningún otro propósito. Todo ello se hará en 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. Los datos obtenidos serán tratados de forma disociada, de manera que se impida su vinculación con la identidad de la paciente.

La principal limitación que afecta a los resultados del estudio radica en la posibilidad de que se pueda subestimar la prevalencia de sintomatología depresiva o de apoyo social, a ser posible que aquellas mujeres más deprimidas o con menor apoyo social, no acudan a la cita con la matrona. No obstante, al no tratarse de un estudio epidemiológico, sino exploratorio, esta limitación no invalida la investigación.

2.5 Cronograma

ACTIVIDADES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Solicitud de permiso a las instituciones oportunas						
Entrevistas con las pacientes, entrega de cuestionarios y recolección de datos						
Análisis e interpretación de los datos obtenidos en los cuestionarios						
Redacción del informe						

2.6 Presupuesto

CONCEPTO	CANTIDAD	PRESUPUESTO
Encuestadores	1	-
Material fungible: Fotocopias, tinta de impresión, bolígrafos...	-	125 euros
Equipos: Ordenador, impresora	1	-
Análisis estadísticos	1 Persona especialista en estadística	350 euros
TOTAL, PRESUPUESTO:		475 euros

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Olhaberry Huber M, Romero Jiménez M, Miranda Largo A. Depresión materna perinatal y vínculo madre- bebé: consideraciones clínicas. SUMMA psicológica UST [Internet]. 2015[Consultado 26 de Marzo de 2016]; 12(1): 77-87. Disponible en: http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/viewFile/180/225

2. Urdaneta MJ, Rivera SA, García IJ, Guerra VM, Baabel ZN, Contreras BA. Prevalencia de depresión posparto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2010[Consultado 26 de Marzo de 2016]; 75(5): 312-320. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007

3. Tobón Borrero LM. Predictores de depresión postparto en puérperas atendidas en la ese municipal. Villavicencio. 2014. Rev Duazaray[Internet].2015 [Consultado 28 de Marzo de 2016];12(1):23-31. Disponible en: http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1395

4. Carro García T, Sierra Manzano JM, Hernández Gómez MJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Rev Med Gen[Internet]. [Consultado 28 de Marzo de 2016]; 452-456. Disponible en: http://www.mgyf.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf

5. Bustos Rementería S, Jiménez Ponce N. Factores de riesgo asociados a la depresión postparto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica-Chile. Psiquiatría y Salud Mental[Internet]. 2013[Consultado 30 de Marzo de 2016]; XXX(1): 38-49. Disponible en: http://www.schilesaludmental.cl/pdf_revistas/2013_01/05_factores_de_riesgo_asociados_a_la_depresion_post_parto.pdf

6. Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. Chil.neuro-psiquiatr. [Internet]. 2010 Dic [Consultado 2 de Abril de 2016]; 48(4): 269-278. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003

7. Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. PubMed [base de datos en Internet]. Infant Behav Dev: National Library of Medicine; Elservier Inc; 2011 Feb [Consultado 2 de Abril de 2016]; 34(1):1-14. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20970195

8. O'Donnell KJ, Glover V, Barker ED, O'Connor TG. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on chilhood psychopathology. PubMed[base de datos en Internet]. Dev Psychopathol. 2014 May [Consultado 4 de Abril de 2016]; 26(2): 393-403. Disponible en: http://www.ncbi.nml.nih.gov/pubmed/24621564

9. Liou SR, Wang P, Cheng CY. Longitudinal study of perinatal maternal strees, depressive symptoms and anxiety. PubMed[base de datos en Internet] Midwifery. Elsevier; 2014 Jun [Consultado 4 de Abril de 2016]; 30(6): 795-801. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24342423

10. Mattes E, McCarthy S, Gong G, van Eekelen JA, Dunstan J, Foster J, et al. Maternal mood scores in mid-pregnancy are related to aspects of neonatal immune function. PubMed [base de datos en Internet]. Brain Behav Immun. Elsevier Inc; 2009 Mar [Consultado 5 de Abril de 2016]; 23(3):380-8. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19150495

11. Jadresic E. Depresión postparto. Atención primaria; Medwave. Revista biomédica[Internet]; 2004 Dic [Consultado 6 de Abril de 2016]; 4(9): e1922. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922

12. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: depresión[Internet].[Consultado 6 de Abril de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/depression/es/

13. Bezaers B, Sanz O, Jiménez I. Patología puerperal. An.Sist.Sanit.Navar[Internet]. 2009[Consultado 8 de Abril de 2016]; 32(Supl 1): 169-175. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf

14. Canaval GE, González MC, Martínez Schallmoser L, Tovar MC, Valencia C. Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia Med[Internet]. 2000[Consultado 8 de Abril de 2016]; 31(1):4-10. Disponible en: http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/144

15. Jadresic ME. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev.Chil.Neuro-psiquiatr-[Internet]. 2010 Dic. [Consultado 8 de Abril de 2016];48(4): 269-278. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003

16. Vargas Mendoza JE, García Jarquín M. Depresión postparto: Presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en psicología[Internet].2009 [Consultado 8 de Abril de 2016];3(1):11-18. Disponible en: http://www.conductitlan.net/43_depresion_post_parto_presencia_manejo_psicologico.pdf

17. Jadresic ME. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev.Med.Clin.Condes[Internet]. 2014 [Consultado 10 de Abril de 2016];25(6): 1019-1028. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003

18. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Masson(Barc.)[Internet]. 2003. [Consultado 11 de Abril de 2016]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_7_Criterios_%20diagnosticos_segun_la_DSM-IV-TR.pdf

19. Jadresic E. Depresión postparto. Rev. Medwave[Internet];2004 Dic[Consultado 11 de Abril de 2016];4(9):e1922. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922?ver=sindiseno

20. Fernández Vera JK, Iturriza Natake AT, Toro Merlo J, Valvuena R. Depresión postparto valorada mediante escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez[Internet]. 2014[Consultado 11 de Abril de 2016]; 74(4):229-243. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v74n4/art03.pdf

21. Maroto Navarro G, García Calvente MM, Fernández Parra A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. International Journal of Clinical and Health Psychology (IJCHP)[Internet] . 2005[Consultado 11 de Abril de 2016];5(2):305-318. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-146.pdf

22. Constanza Mendoza B, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev. Méd.Chile [Internet]. 2015 Jul [Consultado 12 de Abril de 2016];143(7): 887-894. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034988720150007000 10

23. Navarro C, Gómez ME, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad postnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. Rev de Investigación clínica [Internet]. 2012 Nov-Dic[Consultado 11 de Abril de 2016];64(6):625-633. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126llh.pdf

24. Suarez Cuba MA. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev. Méd. La Paz[Internet]. 2011[Consultado 12 de Abril de 2016];17(1):60-67. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010

25. Organización Internacional del Trabajo(OIT).[Sede Web]. Protección de la maternidad. 1996-2016 [Consultado 12 de Abril de 2016]. Disponible en: http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/maternity-protection/lang--es/index.htm

26. Maroto Navarro G, García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit[Internet]. 2004[Consultado 14 de Abril de 2016]; 18(Suppl 2):13-23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500004

27. Oficina Europea de Estadística de la Comisión Europea (Eurostat) [Internet].Mainly devoted to social protection. 2015 Jul.[Consultado 14 de abril de 2016]. [Aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6899478/2-07072015-ap-en.pdf

28. Suárez Varela Varo I. Impacto de la intervención enfermera dirigida a mujeres embarazadas como medida preventiva de la depresión postparto. Nure Inv[Internet]. 2012 Sept-Oct[Consultado 14 de Abril de 2016]; 9(60):[aprox.21 p.]. Disponible en:http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/594

29. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (MECD) [Internet].Tasa de escolarización en las edades teóricas de los nieves no obligatorios. 2015. [Consultado 14 de Abril de 2016] Disponible en: http://www.mecd.gob.es/dctm/inee/indicadores-educativos/seie-2014/2014-e2.1escol-infantil.pdf

30. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta nivel y condiciones de vida.Encuesta de empleo del tiempo. España; 2009-2010[Publicado 14 Jun 2011; Consultado 14 de Abril de 2016]. Disponible en: www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm.c=Estadística_C&cid=1254736176815&menu=resultados&idp=1254735976608

31. Registered Nurses' Associacion of Ontario (RNAO), Investén -Isciii[Internet]. Guías de buenas prácticas en enfermería. Intervenciones para la depresión postparto; 2005 Abril [Actualizado Enero 2011; Consultado 14 de Abril de 2016]. Disponible en:http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/IntervencionesDepresionPosparto_022014.pdf

32. Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia(And)[Internet]. 2005[Consultado 14 de Abril de 2016];6(1):10-18. Disponible en: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf

4. ANEXOS

4.1 Anexo I: Escala de depresión postparto de Edimburgh (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento del bebé: ____ _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si ha tenido un bebé recientemente. Para ello, escoja la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. (No solo cómo se ha sienta en el día de hoy).

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada. Por favor, complete las otras preguntas de la misma manera.

En caso de tener dudas, consulte con la persona responsable del cuestionario.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas a) Tanto como siempre b) No tanto como ahora c) Mucho menos d) No, no he podido	**6. Las cosas me oprimen o agobian** a) Sí, la mayor parte de las veces b) Sí, a veces c) No, casi nunca d) No, nada
2. He mirado el futuro con placer a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada	**7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir** a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, a veces c) No muy a menudo d) No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces c) No muy a menudo d) No, nunca	**8. Me he sentido triste y desgraciada** a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) No muy a menudo d) No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo a) No, para nada b) Casi nada c) Sí, a veces d) Sí, a menudo	**9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando** a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) Sólo en ocasiones d) No, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno a) Sí, bastante b) Sí, a veces c) No, no mucho d) No, nada	**10. He pensado en hacerme daño a mí misma** a) Sí, bastante a menudo b) A veces c) Casi nunca d) No, nunca

4.2 Anexo II: "Cuestionario de apoyo social de MOS"

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda del que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tienen Ud? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).

Nº de amigos íntimos o familiares: …….

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone usted de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila).

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5

13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.	1	2	3	4	5

Obtenido de, De la Revilla et al. Validación del cuestionario de MOS en atención Primaria.

4.3 Anexo III: "Instrumento Ad Hoc"

Además de los instrumentos validados comentados anteriormente, se ha elaborado un cuestionario de elaboración propia donde además de datos socio-demográficos y circunstancias del embarazo se recogerá información acerca del apoyo social, ya que el instrumento validado no es específico para el puerperio.

Se realiza el siguiente cuestionario:

SOCIO-DEMOGRÁFICOS	
Edad: _____	**Convivencia, unidad familiar:** a) Con su pareja b) Con su familia c) Con su pareja y su familia d) Sola con su hijo/a
Estado civil: a) Casada/Pareja estable b) Soltera c) Divorciada d) Viuda	**Actividad laboral:** a) Desempleada /Ama de casa b) Estudia c)Trabaja (Especificar si se trata de un trabajo fijo o temporal)
Estado socioeconómico: a) Bajo b) Medio c) Alto	**Nivel educativo:** a) Estudios primarios b) Estudios secundarios, FP (Formación profesional) c) Estudios universitarios.
CIRCUNSTANCIAS DEL EMBARAZO	
Situación del embarazo: a) Embarazo deseado- planificado b) Embarazo deseado- No planificado b) Embarazo no deseado- No planificado	**Nº de Hijos a su cargo: ___**
¿Considera que a lo largo del embarazo ha podido estar ansiosa, triste, enfadada, ha sentido miedo...? a) Sí b) No D) Dudoso	**¿Considera que ha vivido alguna situación estresante a lo largo del último año, como problemas familiares, económicos, de salud, laborales, etc?** a) Sí b) No c) Dudoso
APOYO SOCIAL- SATISFACCIÓN MATRIMONIAL	
¿Cree que recibe un apoyo emocional por parte de su pareja? a) Sí b) No c) Dudoso	**¿Cree que recibe un apoyo emocional por parte de su familia?** a) Sí b) No c) Dudoso

¿Cree que recibe un apoyo instrumental por parte de su pareja? (P. ej: ¿ayuda con las tareas domésticas o cuidado del bebé? a) Sí b) No c) Dudoso	**¿Cree que recibe un apoyo instrumental por parte de su familia?** a) Sí b) No c)Dudoso
¿Cree que puede confiar en su pareja cuando necesita ayuda? a) Sí b) No c) Dudoso	**¿Cree que puede confiar en su familia cuando necesita ayuda?** a) Sí b) No c) Dudoso
¿Se siente sola? a) Siempre b) A veces c)Rara vez d)Nunca	**¿Ha notado cambios en su estado de ánimo en estos meses?** a) Sí b) No c)Dudoso
¿Está satisfecha con su matrimonio, o su situación de convivencia? a) Nada satisfactorio b) Poco satisfactorio c)Satisfactorio d)Muy satisfactorio	**¿Recibe algún tipo de ayuda/prestación económica de las administraciones?** a) Sí b) No c)Dudoso
DESPUÉS DEL PARTO:	
¿Experimentó un breve período de lloros o cambios de humor durante la primera semana después del parto? a) Sí b) No c)Dudoso	**¿Quién asume el cuidado de su bebé?** a) Usted b) Su pareja c)Ambos, tarea compartida d)Familia
¿Muestra su bebé algún problema de salud? a) Sí b) No c)Dudoso	**¿Considera a su bebé irritable o nervioso?** a) Mucho b) Bastante c) Poco d)Muy poco e) Nada
¿Tiene problemas con la alimentación de su bebé? a) Siempre b) A veces c)Rara vez d)Nunca	**¿Llora mucho su bebé?** a) Sí b) No
¿Tiene problemas con el sueño de su bebé? a) Siempre b) A veces c) Rara vez d)Nunca	**¿Es difícil consolar o calmar a su bebé?** a)Siempre b) A veces c)Rara vez d)Nunca

4.4 Anexo IV: "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA":

A: GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE.
SERVICIO CANARIO DE SALUD

Patricia Calderón González con D.N.I. 42.418.086-Z, solicita autorización para la realización del trabajo de investigación titulado "Detección del riesgo de depresión postparto y su relación con el apoyo social percibido en un Centro de Atención Primaria", dirigido por Mª Lourdes Fernández López, Profesora Titular de la Universidad de La Laguna.

El objetivo fundamental es determinar la existencia de relación entre apoyo social percibido y depresión postparto en un grupo de mujeres puérperas atendidas en el Centro de Atención Primaria de La Cuesta. Los instrumentos para la recogida de información, de los cuales se adjunta copia, son un cuestionario de elaboración propia, el Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo y el MOS-S ("The medical outcomes study social support survey".

La participación será de carácter voluntario y se garantiza el anonimato de las participantes

Por lo anteriormente expuesto, solicito el permiso pertinente para contactar con las mujeres puérperas atendidas en el Centro de Atención Primaria de La Cuesta en su visita a la consulta con la matrona, garantizando que no se interferirá con la actividad asistencial del centro. En el caso de que fuera precisa cualquier información adicional, sobre el citado proyecto, facilito como datos de contacto los siguientes: correo electrónico pcalderonglez@gmail.com y teléfono 622000333.

Atentamente,

En San Cristóbal de La Laguna, a 01 de Julio de 2016

Fdo:

4.5 ANEXO V: “DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN”.

Este formulario de consentimiento informado se dirige a todas aquellas mujeres puérperas atendidas en la consulta de la matrona en el Centro de Salud de la Cuesta, a las que se invita a participar en la investigación “Detección del riesgo de depresión postparto y su relación con el apoyo social percibido en un Centro de Atención Primaria”.

Se solicita su colaboración para cumplimentar los cuestionarios que se le entregarán a continuación de aceptar la participación en el estudio. Esta participación es de carácter estrictamente voluntario y anónimo, y se quiere contar con todas las mujeres puérperas atendidas en el Centro de Salud de La Cuesta a lo largo de un periodo de 6 meses.

Usted puede elegir participar o no hacerlo. En cualquier caso, continuará recibiendo los servicios prestados por el Centro de Salud, sin modificación alguna. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente del Centro de Salud.

Toda la información obtenida será tratada de manera confidencial, regulado por la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Los datos obtenidos no se usarán para otro fin que no sea el del estudio.

Dña_____ de ___ años de edad, con DNI _____

Estoy satisfecha con las explicaciones que se me han dado, he entendido la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento.

Manifiesto conocer que la información aportada por mi durante la investigación es de carácter confidencial, no pudiendo ser utilizada para ningún otro fin que no sea el del presente estudio.

En…..... a..... de.....de 2016

Fdo: Doña.....