



UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, SEDE DE LA PALMA

Descripción de factores relacionados con la depresión postparto en el municipio Villa de Mazo

Alumna: Natalia Domínguez Hernández

Tutor: Jesús Manuel Quintero Febles

Titulación: Grado de Enfermería

Año académico: 2015/2016

Fecha de entrega: 06/06/2015

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

Resumen

Desde el principio de los tiempos, la depresión postparto ha estado presente en nuestra sociedad. Aunque la sintomatología generalmente se ponga de manifiesto pasadas las cuatro semanas de la mujer dar a luz, este trastorno del estado de ánimo ha estado desarrollándose a lo largo del embarazo. La depresión postparto es considerada como el trastorno de ánimo más prevalente asociado al nacimiento y estudios recientes indican que afecta a un 18% de las puérperas presentando tendencia a infradiagnosticarse. Por lo tanto, ser capaces de realizar una detección anticipada es una tarea y responsabilidad de los profesionales sanitarios que se encuentren en el ámbito de Atención Primaria, ya que son los que van a establecer una relación terapéutica tanto con la gestante, como con su pareja y/o entorno. El presente estudio se desarrollará en el Municipio de Villa de Mazo con el propósito de detectar las puérperas con elevado riesgo de padecer depresión postparto, determinando factores sociales, económicos y obstétricos estadísticamente relacionados. Se plantea realizar un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una duración de 18 meses, en el que se emplearan cuestionarios autoadministrados. Se ha establecido la revisión programada a los dos meses del parto con la enfermera obstétrica ginecológica, como el punto idóneo para la captación de las participantes en el estudio y la recogida de los datos, seleccionándose la Escala de Edimburgo como el instrumento de cribaje para la medición del riesgo de depresión postparto. El conocer factores asociados estadísticamente con una mayor probabilidad de padecer depresión postparto nos ayudara a diseñar intervenciones terapéuticas más eficaces.

Palabras clave

- Puerperio, depresión postparto, detección ,enfermería, embarazo, parto, factores de riesgo.

Abstract

From the beginning of time, postpartum depression has been present in our society. Although the symptoms usually manifest put past four weeks of the woman giving birth, this mood disorder has been developing throughout pregnancy. Postpartum depression is considered to be the most prevalent mood disorder associated with the birth and recent studies indicate that affects 18% of postpartum women presenting tendency to under-diagnosed. Therefore, to be able to make an early detection is a task and responsibility of health professionals who are in the area of primary care, since they are the ones who will establish a therapeutic relationship with both the expectant mother, and with her partner and / or environment. This study was conducted in the municipality of Villa de Mazo for the purpose of detecting postpartum women at high risk for postpartum depression, determining social, economic and obstetrical factors statistically related. Arises performed an observational, descriptive study, with a duration of 18 months, in which self-administered questionnaires were employed. It has established the review scheduled within two months of birth with gynecological obstetrical nurse, as the ideal point for the recruitment of study participants and collecting data, selecting Scale Edinburgh as the instrument of screening for risk measurement postpartum depression. Knowing factors statistically associated with increased likelihood of developing postpartum depression help us design more effective therapeutic interventions.

Key words

- Puerperium, postpartum depression, detection, nursing, pregnancy, childbirth, risk factors.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Definición del problema.....	1
1.2 ¿ Qué efectos puede tener la depresión postparto en caso de no ser tratada? ...	2
1.3 Apoyo emocional.....	3
1.4 Antecedentes y estado actual del tema.....	4
1.5 Justificación.....	7
1.6 Objetivos.....	8
2. METODOLOGÍA.....	9
2.1 Tipo de estudio.....	9
2.2 Población a estudio.....	9
2.3 Muestra estimada.....	10
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	11
2.5 Instrumentos de medida.....	12
2.6 Variables.....	14
2.7 Método de recogida de la información.....	16
2.8 Análisis estadístico.....	17
3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	18
3.1 Planificación de recursos.....	18
3.2 Justificación del presupuesto.....	18
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
5. BIBLIOGRAFÍA.....	22
6. ANEXOS.....	2

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición del problema

El parto es un fenómeno en el que los factores culturales, sociales y psicológicos se mezclan con la historia personal y familiar de cada mujer. Por lo que la parturienta se ve obligada a lidiar consciente e inconscientemente con esa serie de factores, y pudiendo estar ser una experiencia positiva que la puérpera reflejará a través de sensación de fuerza y poder, o por el contrario una experiencia negativa manifestándose en diferentes áreas su vida. ⁵

La depresión postparto (DPP) , ha sido definida como " la presencia de todo trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos, que se manifiesta durante el primer año del postparto" .

Su cuadro clínico es semejante al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, aunque sí es cierto que la depresión postparto, posee unas características peculiares, justificando así su consideración como entidad específica. Por lo que dicho cuadro se caracteriza por llanto, desánimo y sentimiento de incapacidad o inhabilidad para enfrentar esta situación, las mujeres que la sufren se sienten incapaces de enfrentar el cuidado del recién nacido y también de las tareas domésticas. En estos episodios, también son frecuentes los sentimientos de culpa y de autocensura como consecuencia de no estar amamantando u ocupándose del cuidado de su hijo. En estos casos es habitual que la mujer afectada raramente comenta su estado con los profesionales de la salud, esforzándose por desempeñar sus tareas en el cuidado de sus hijos y de su hogar. ¹

Cuando la intensidad de los síntomas depresivos anteriormente mencionados es más marcada e impide que la puérpera realice sus actividades rutinarias, es un signo claro de la necesidad de ayuda por parte del profesional. En este caso, se trataría de una depresión postparto moderada, por ello, los síntomas pueden empeorar si no se le proporciona el asesoramiento adecuado, y de ser necesario, tratamiento antidepresivo. por esta razón es muy importante realizar el diagnóstico precoz.

Su prevención es totalmente fundamental, es esencial que esta entidad clínica se diagnostique en los centros de atención materno- infantil, debe ser valorada con la misma importancia que otras patologías que se estudian en la puérpera, evitando que las mujeres afectadas no lleguen a recibir un tratamiento oportuno y adecuado ² . Por otro

lado y según el experto ginecologista Carlos Eduardo Pérez Ávila indica que " Si bien los cambios hormonales tras dar a luz pueden acarrear depresión, conocer antecedentes tanto propios como familiares de este trastorno en toda mujer, es muy importante para hacer más llevadera la llamada depresión postparto".⁶

Cabe destacar que el embarazo y el puerperio representan etapas en la vida de la mujer en que ésta debe ser capaz de enfrentar eventos vitales importantes, como el cambio físico que se produce durante estas etapas, roles, etc. de hecho, se han llevado a cabo estudios en los que se han objetivado los cambios en las mujeres en las diferentes etapas, utilizando para ello mediciones en su calidad de vida. Según la OMS podemos definir calidad de vida como: " La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura, y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, objetivos, normas e inquietudes". La calidad de vida relacionada con la salud, es uno de los parámetros de pronóstico más relevante utilizado en la evolución de la enfermedad y su tratamiento, empleándose como un importante índice de respuesta al momento de evaluar cualquier intervención.

1.2 ¿ Qué efectos puede tener la depresión postparto en caso de no ser tratada?

Debemos de tener en cuenta, que la depresión en sí no solo afecta a la madre, también a su entorno, su familia. Existen estudios que han demostrado que la depresión en la etapa del embarazo puede influir en la prematuridad o que el bebé nazca con bajo peso.¹⁴

Debido a esta depresión, muchas puérperas presentan dificultad en su autocuidado, problemas en la alimentación, en la conciliación del sueño, incluso éstas pueden llegar a no acudir a las visitas de seguimiento prenatales y en algunos casos consumir algunas sustancias nocivas como el tabaco, alcohol, entre otros.

Es relevante conocer que una puérpera con depresión postparto sin tratar puede afectar a su habilidad para ser madre y como resultado de ello se puede sentir culpable, perdiendo la confianza en sí misma y en su capacidades como madre, lo que podría agravar la depresión. En algunas investigaciones realizadas se cree que la depresión postparto afecta al bebé provocando retrasos en el habla, problemas emocionales, de comportamiento, problemas en el sueño, angustia y sufrimiento.¹⁴

1.3 Apoyo emocional

Es necesario percatarse de que tanto la información como la orientación son puntos claves en el desarrollo del apoyo emocional, siendo los profesionales de enfermería considerados los más aptos para otorgarlo dentro del equipo de salud, las enfermeras son las que tienen mayor contacto con las puérperas , con su pareja/acompañante y con su entorno en general, es por ello que forman un elemento clave de satisfacción en relación a los cuidados de la pareja. ¹⁹

En una de las últimas encuestas realizada por el Instituto Nacional de Estadística de España (INE), se indagó por primera vez la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta, haciendo uso de un cuestionario específico llamado EuroQol, donde se recogieron cinco dimensiones, estudiadas mediante la utilización de una escala visual analógica (puntuación de 0 a 100 , donde 0 sería lo peor en salud y el 100 lo mejor imaginable) entre ellas la " depresión" , obteniendo una puntuación de 14,6% . Se estima que en el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. ²⁰

La depresión postparto, se recoge en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- V)* como " depresión periparto", definido como un trastorno depresivo mayor , pudiendo producirse estos episodios de depresión mayor durante el embarazo o bien en las cuatro semanas después de dar a luz. Este intervalo deriva de los datos de ingresos hospitalarios en puérpera por enfermedad psiquiátrica grave no teniéndose evidencia de una psicopatología clara. Algunos autores estiman que esta enfermedad afecta alrededor de un 13% a las mujeres después del parto y hasta un 26% a madres adolescentes. En cuanto a la prevalencia se cifró aproximadamente en un 13, 16% obtenido tras aplicar el cribado de Escala de Edimburgo entre las 6-8 semanas del parto.

Ahora bien, se estima que entre un 3% a un 6% de las puérperas sufrirán al menos el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas y meses que siguen al parto. La depresión en esta etapa, supone un riesgo significativo en la estabilidad familiar y aumenta de forma considerable el riesgo de la parturienta de deprimirse en el postparto. ¹⁹

Por tanto, los profesionales de salud que tienen un contacto continuo y directo con las embarazadas se encuentran ante una oportunidad perfecta para diagnosticar y tratar precozmente la depresión en la puérpera, tanto en el preparto como en el postparto, con el fin de minimizar las consecuencias que le pueden acarrear tanto a la propia mujer

como a su entorno, haciendo particular hincapié en el feto, lactante o en épocas más tardías de la vida. Las alteraciones del ánimo durante la etapa del embarazo se pueden detectar por medio de distintos cribados, uno de ellos y posiblemente el más utilizado es el cuestionario de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, llevándose este a cabo normalmente en Atención Primaria.¹⁹

Vale la pena comentar, que estas alteraciones del estado de ánimo pueden tener debut psicóticos y lo que podría conducir a conductas de infanticidio asociado estas a alucinaciones auditivas, aunque también pueden darse episodios psicóticos sin alucinaciones ni delirios.

En definitiva, la depresión postparto puede resultar una experiencia muy solitaria, donde en la inmensa mayoría de los casos por temor la mujer no es capaz de informar a su pareja o familiares cercanos de lo que le está sucediendo. Este tipo de enfermedad conlleva a otro tipo de circunstancias negativas que impiden que ésta pueda desarrollar su vida con total normalidad, entre otros, algunos problemas que pueden surgir a raíz de la depresión pueden ser: pérdida del apetito sexual, problemas con la pareja, sentirse "fuera de control", etc. Dejando de hacer cosas que anteriormente generaban satisfacción en ellas.²⁰

1.4 Antecedentes y estado actual del tema

Los factores de riesgo que hasta ahora han sido descritos para la depresión postparto son variados, entre ellos se encuentra: edades extremas de las puérperas, el embarazo no deseado, las dificultades conyugales, los problemas con los padres, el nivel socioeconómico, la patología gineco- obstétrica, de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, entre otros. Por otro lado existen artículos¹, en los que se ha demostrado que los factores psicosociales juegan un papel primordial en el desencadenamiento de dicha depresión, teniendo particular importancia en las puérperas con dificultad en la lactancia, dar a luz a un recién nacido de bajo peso, así como los antecedentes de depresiones previas. Incluso se ha llegado a obtener una relación inversamente proporcional entre nivel socioeconómico y prevalencia de la depresión postparto. Otro de los estudios indica que una de las causas que puede interferir en mayor medida en esta depresión, son los cambios hormonales debido a la relación entre las variaciones en los niveles de hormonas en periodos clave de desequilibrio como es el periodo menstrual, postparto y climaterio. Además de esto, también se ha observado la

influencia de los estrógenos y la progesterona afectando de manera directa al sistema nervioso, estimulando o inhibiendo los centros del hipotálamo e hipófisis.³

Por otro lado, también representa una forma de evaluar el impacto de una enfermedad sobre el individuo desde su perspectiva respecto a su experiencia de bienestar- malestar emocional y físico. En algunos países, se han comenzado a realizar estudios por diversos autores en mujeres que sufren la depresión postparto, sin embargo, no se han encontrado estudios con respecto a esta depresión.⁴

Tras realizar la revisión bibliográfica, se encuentran estudios que establecen una clasificación que engloba las variables en tres niveles. El primero de ellos correspondería a las variables socio-demográficas, el siguiente grupo lo formarían los factores de riesgo psicosocial y por último, tendrían lugar los antecedentes. En los tres grupos existen variables que incrementan el riesgo de manera notable y en algunos casos hasta duplican las probabilidades de que la futura madre sufra una DPP (Depresión postparto), una de las causas puede ser que la relación con su madre o su pareja sea de mala calidad. Más adelante encontraremos las variables de dichos niveles anteriormente comentados.

También algunos hechos de la vida cotidiana pueden incidir en gran medida, como por ejemplo el duelo por la pérdida de un ser querido o la enfermedad, pueden ser fuente de estrés y tensión, incluso antes del parto. Otros factores de especial atención serían el desempleo, la pobreza, las mujeres que viven aisladas de su familia o que no tienen una pareja en la que apoyarse, tienen un índice más elevado de sufrir la depresión.

Además, también existe una estrecha relación entre la lactancia materna y la DPP, y ello puede ser debido a que la secreción de prolactina inhibe la producción de estrógenos y progesterona, e inversamente, por lo que una ausencia de alimentación con lactancia materna favorecerá una rápida disminución de la prolactina y consigo un descenso brusco hormonal, teniendo como consecuencia una gran influencia la depresión postparto.¹⁰

Según expone la doctora Lluïsa García- Esteve, especialista en Psiquiatría Perinatal y Reproductiva del grupo Hospital Clinic de Barcelona, entre un 10 % y un 13% de las mujeres de toda condición que han dado a luz a un hijo vivo padecen depresión postparto. También comenta que poseen un mayor riesgo de padecerla aquellas puérperas con episodios depresivos previos, depresión o ansiedad durante el embarazo o las que cuidan de un familiar con un trastorno psíquico . Estudios en los que la doctora

Lluïsa ha participado, asocian además la depresión postparto al síndrome premenstrual y al cuidado de un hijo con discapacidad o de un progenitor enfermo.

Ésta afirma, que " la obstetricia está muy tecnificada y es capaz de detectar todo riesgo y , sin embargo, todo lo que es salud psíquica de la mujer en el embarazo está por completo olvidado", y añade que "el 20% de las mujeres embarazadas tienen algún problema psíquico en el embarazo y no se registra".

Por otro lado, la doctora García explica existen dificultades en el entorno de la madre para entender que lo que está sucediendo es una complicación del embarazo y del alumbramiento y éstas dificultades no solo se extienden al entorno más cercano de la pareja, familia o amigos sino incluso a los propios profesionales de la salud. Ante ello comenta, "hay una tendencia a estigmatizar en la madre el trastorno y extrapolarlo a aspecto como el de no ser una buena madre, venirle grande la nueva circunstancia o ser una persona débil".

Según informa la doctora en términos generales con respecto a los hombres, éstos parecen vivirlo más como un problema que les concierne a ellos en vez de ponerse en la postura de la puérpera, y plantearse como poder ayudar y/o qué medios utilizar para solucionar la situación por la cual atraviesa la familia. ¹⁶

Otro estudio que ha analizado a más de 8.200 mujeres de 19 centros de siete países diferentes, y que se ha publicado en " The Lancet Psychiatry" , ha comprobado que en las pacientes con síntomas más graves (pensamientos suicidas, pánico, llanto frecuente, entre otros), la depresión se había iniciado durante el embarazo y no después de dar a luz. No obstante, aquellas con depresión moderada a menudo desarrollaron sus síntomas postparto, y eran más propensas que aquellas con depresión grave a haber experimentado complicaciones durante el embarazo(preeclampsia hipertensión, etc.). Siendo las mujeres con la depresión de forma más grave las que reconocieron haber sufrido complicaciones durante el parto.

Asimismo, algunos investigadores de la Universidad de Carolina del Norte, analizaron a un grupo de mujeres que había sufrido depresión postparto. Según uno de ellos, el doctor Meltzer- Brody, el hallazgo de que dos tercios de las depresiones graves comenzaron durante el embarazo plantea cuestiones científicas. "Los factores biológicos durante el parto pueden diferir de los que afectan a las mujeres con depresión postparto clásica", los científicos creen que ello puede estar relacionado con el desplome de los niveles hormonales después del parto. ⁵

En relación con otros estudios, esta vez en la Comunidad Valencia, concretamente en el Centro Maternal del Hospital Universitario "La Fe", donde se escogió a una muestra de puérperas y se examinó tras su evolución a través de la Escala de Edimburgo como instrumento a destacar tras dos meses después del parto, sus resultados principales indican que un porcentaje numeroso de mujeres supera los puntos de corte establecidos para el diagnóstico de depresión postparto según dicha escala (EPDS). Las mujeres cuya experiencia en el embarazo había sido regular o pésima y aquellas que se sentían poco capaces para afrontar cambios en su vida eran justamente las que presentaron las puntuaciones más elevadas en depresión. Así pues, la prevalencia de este problema es difícil de establecer algunos datos según investigaciones oscilan entre un 8,8% e incluso rondar entorno al 50%, pudiendo estar relacionada esta disparidad de cifras a la complejidad conceptual que existe del síndrome llamado "depresión postparto" ya que, en muchos artículos no queda patente si se está haciendo referencia a una tristeza pasajera, conocida como "maternity blues o baby blues" a una depresión moderada y por lo tanto más duradera o en el peor de los casos una psicosis puerperal.¹⁸

En conclusión, han sido varios los estudios que se han ejecutado en distintos lugares, a nivel poblacional y en atención primaria que han demostrado el impacto de la depresión en la vida cotidiana, en la productividad y en su correlación con la calidad de vida, revelándose la asociación entre depresión y discapacidad en distintas culturas, sistemas de salud y grados de desarrollo.⁴

1.5 Justificación

Demostrada la transcendencia de la depresión postnatal, es fundamental entender la depresión postparto como la patología que realmente es. Esto es muy relevante, ya que esta enfermedad psiquiátrica sufre de estigmatización en nuestra sociedad, alrededor de un 50% de estos trastornos no son diagnosticados ni tratados. Es importante conocer que la puérpera que padezca este problema atraviesa por fuertes alteraciones emocionales, físicas y hormonales que son causantes de cambios químicos en el cerebro, los cuales a su vez provocan variaciones en el estado de ánimo. Por lo tanto, es principal que el profesional de enfermería se involucre en la problemática con el fin de garantizar una detección precoz, para ello, es muy frecuente que se recurra a escalas de preguntas cuyos puntajes pueden referir el mayor o menor riesgo que presenta la puérpera.

Se justifica también que el profesional de enfermería, debe estar habilitado para detectar los casos y consecuentemente, iniciar una derivación a los profesionales que atienden las demandas de salud mental. Por lo que el equipo será capaz de alcanzar de manera interdisciplinar, un tratamiento precoz y una mejora de la DPP.

Con referencia a estudios realizados en otras poblaciones, los resultados pueden no ser extrapolables a la población canaria debido a la diversidad cultural, étnica, económica y social de cada zona.

La importancia de conocer los factores sociales, económicos y terapéuticos relacionados estadísticamente con una mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto, nos puede ayudar a establecer protocolos de cribaje y diseñar intervenciones terapéuticas más eficaces en el futuro.

Es por todo ello por lo que se ha diseñado este estudio, con el objetivo de determinar la incidencia y los factores asociados a la depresión postparto en las puérperas del Municipio de Villa de Mazo.

1.6 Objetivos

General:

- Estudiar los factores socioeconómicos relacionados con un mayor riesgo de desarrollar depresión postparto.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de puérperas en alto riesgo de desarrollar depresión post parto en la población de mazo.
- Determinar los factores socioeconómicos que se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar depresión postparto
- Favorecer la detección precoz de las puérperas en alto riesgo de desarrollar depresión postparto en la población de Mazo.

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de estudio

Se propone realizar un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, en el cual se emplean cuestionarios y escalas autoadministradas que recogen variables cualitativas y cuantitativas.

2.2 Población a estudio

El estudio irá dirigido a la población del municipio de Villa de Mazo, en la Isla de La Palma, situado en el sureste de la isla, limita al norte con Breña Baja, al sur con Fuencaliente, al oeste con El Paso, y al este con el Océano Atlántico. Tiene una extensión de 71,17 km² y cuenta con una población de unos 4.863 habitantes registrados en el último año 2015.¹²

Este municipio, es un pueblo eminentemente rural y agrícola ya que su principal modo de vida es cultivar en las tierras, fundamentalmente el cultivo de viñedos. La ganadería y el creciente turismo rural son otros pilares económicos que generan riqueza. Su población se distribuye entre pequeños y numerosos barrios, siendo un amplio territorio con un hábitat disperso. Las entidades o barrios que conformarían dicho municipio suman un total de catorce y son las siguientes: Montes de Luna, Tigalate, Tiguerorte, Malpaíses, La Sabina, El pueblo, San Simón, Lodero, Callejones, Monte Breña, Monte, El Poleal, Monte Pueblo y La Rosa.

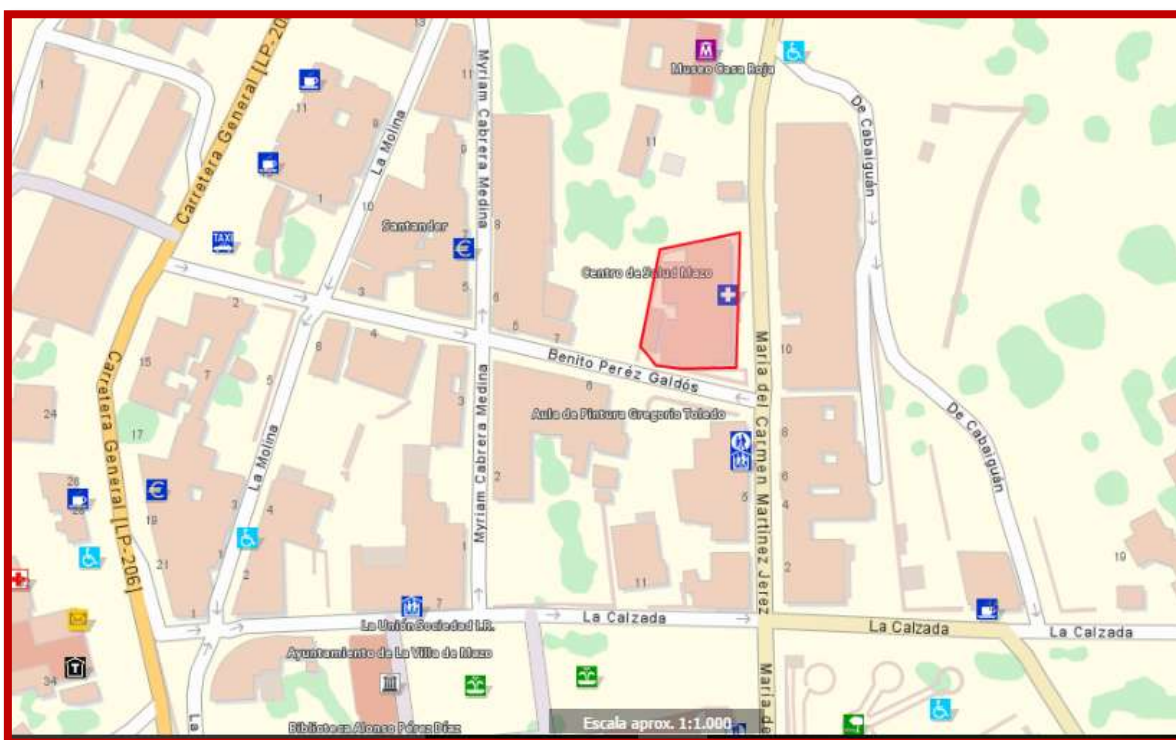


Plano de ubicación de los barrios del municipio Villa de Mazo.

2.3 Muestra estimada

Dado el tamaño de la población de estudio, al ser un territorio no muy extenso, incluiremos al total de puérperas de los distintos barrios que componen el municipio siempre y cuando cumplan con los criterios de inclusión, y acudan a la primera visita (concretamente a los meses de dar a luz) en la consulta de la enfermera obstétrica-ginecológica en el Centro de Salud de Mazo.

A través del Instituto Canario de estadística (ISTAC), se ha calculado que la población en cuanto a mujeres en edad fértil sería de unas 907 aproximadamente. En cuanto al número de puérperas se estima que se encuentre en torno a unas 70, dato que hemos recopilado mediante listados de registro de puerperio de la zona de Villa de Mazo en años anteriores, concretamente de los años 2014 y 2015. Al analizar ambos listados, se ha comprobado que la natalidad no ha variado prácticamente los últimos años, por lo que se prevé que se mantenga una cifra similar en cuanto a número de partos.



Emplazamiento del Centro de Salud de Mazo.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Mujeres que hayan dado a luz en el periodo comprendido entre el 01 de enero y 31 de diciembre de 2017
- Puérperas empadronadas en el Municipio de Villa de Mazo.
- Puérpera que acepte libremente participar en el estudio.
- Puérpera que en el caso de ser menor de edad o incapacitada, su tutor legal autorice la participación.

Exclusión:

- Puérpera diagnosticada de trastorno depresivo grave, trastorno bipolar o esquizofrenia con anterioridad al embarazo.
- Mujeres que por cualquier motivo no puedan o no quieran entender la entrevista.
- Aquella puérpera que no firme el consentimiento informado para realizar el cuestionario, o bien en el caso de ser menor su tutor no lo autorice.

2.5 Instrumentos de medida

Para el diagnóstico de la depresión postparto, son muchas las dificultades que encuentran los investigadores en diagnosticar esta tipo de depresión, ya sea debido a la diversidad de sistemas clasificatorios como por la gran variedad de instrumentos de medida utilizados para la valoración estadística de los resultados. Una de las técnicas que han servido como alternativas de medición son las escalas, éstas se basan en la detección de determinados síntomas que predicen el desarrollo de episodios depresivos.

Ante ello, se han diseñado algunas escalas para su diagnóstico, siendo una de ellas el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI), y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), ambas han sido utilizadas para evaluar dicha depresión. El BDI, se compone de una escala genérica enfocada a detectar la sintomatología depresiva, mientras que la EPDS se trata de una escala específica para aplicarla después del parto, y en este caso, es la técnica que utilizaremos para el estudio en la detección de este tipo de depresión. Ésta escala fue diseñada en Edimburgo en 1987 por Cox, enfocada precisamente para detectar estados depresivos en el periodo postnatal en centros de salud de Edimburgo y en Linvingston (Inglaterra) siendo este en la actualidad un instrumento específico muy utilizado, particularmente en el ámbito de la salud materno- infantil, ya que ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la propia investigación, siendo probada su eficacia en la detección de estados depresivos tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario y en los propios hogares de las puérperas. A tenido tanto éxito que ha sido traducida a numerosos idiomas y se ha probado en diferentes países, algunos de ellos son : Alemania, Australia, Canadá, Chile, Holanda, China, entre otros.⁷

En estudios previamente realizados en diseños poblacionales, las medidas de autoinforme (BDI, EPDS) presentan ventajas indiscutibles con respecto al diagnóstico clínico y que cuya limitación está marcada por la falta de tiempo y recursos para establecer este diagnóstico. Por ello, a fin de evitar el sesgo en la estimación de la prevalencia obtenida mediante una medida de autoinforme, en este caso la EPDS, es necesario identificar el punto de corte que proporcione un valor de prevalencia equivalente al obtenido mediante el diagnóstico clínico. Por lo que se ha llegado a la conclusión de que disponer de un instrumento de medida que como la EPDS, permita realizar estimaciones sin sesgo de la prevalencia de DPP será de gran utilidad para la investigación de esta enfermedad en nuestro país.

También se ha comprobado que los hijos de las madres que sufren un DPP, pueden desarrollar fácilmente relaciones de apego inseguro y que éste es significativamente mayor que el que puede experimentar los hijos de las madres sin depresión, y presentan con mayor frecuencia trastornos conductuales. Una inadecuada detección también puede provocar que existan trastornos en la relación madre- hijo teniendo un impacto negativo e inversamente proporcional a la duración del episodio, en el desarrollo emocional y cognitivo global de los hijos, incluso exacerbando los efectos de variables relacionadas con menor desarrollo mental y del lenguaje del niño

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una buena herramienta para el despistaje de cuadros depresivos en el postparto, cuyo uso se ha extendido en muchas partes. A pesar de que su objetivo ha estado encaminado hacia la detección de riesgo de sufrir depresión en el postparto, se ha comenzado a usar también para la identificación de episodios depresivos durante el embarazo. La EPDS ha sido ampliamente probada, traducida y utilizada en más de 23 países para identificar a las puérperas que podrían estar cursando una depresión en el postparto. También ha sido validada como una herramienta efectiva para la detección de depresión en los tres trimestres del embarazo.

11

Con respecto a la estructura de la EPDS, podemos decir que consiste en un cuestionario que se compone de 10 ítems , autoadministrada, de respuesta politómica (cuatro opciones de respuesta), la puérpera deberá marcar la respuesta que más se asemeje a como se ha sentido durante los últimos siete días. Es un cuestionario diseñado para ser contestado sin dificultad en aproximadamente cinco minutos. Cada pregunta se califica de 0 a 3 puntos , por lo tanto, el resultado máximo es de 30. Muestra una sensibilidad de 76,7% y una especificidad de 92,5% para la depresión perinatal.

En cuanto a la puntuación normal es aquella de 11 en el embarazo, menor de 6 a los 15 días del postparto y por último, menor de 9 a los 30-40 días del postparto ⁸. Por lo que sí:

- EPDS menor que 10: Sin riesgo de depresión postparto.
- EPDS entre 10 o 12: Sería una puntuación límite para riesgo de depresión.
- EPDS mayor o igual a 13: Indicaría un riesgo alto de sufrir depresión postparto.

Por lo tanto, comprobado su éxito, su fácil aplicación, la brevedad en la realización y la efectividad que ha presentado tras compararse con otro tipo de escalas y criterios de diagnóstico según diversos estudios ⁹, ha sido el método que se ha seleccionado en este proyecto como forma de detección de cuadros depresivos en el postparto, pudiéndose aplicar también en las etapas del embarazo ya que se ha comprobado que puede ser efectivo para una rápida detección ,incluso en los tres primeros meses de embarazo. (Anexo)

2.6 Variables

De la población de puérperas que finalmente sean incluidas en el estudio se recogerán las siguientes variables:

- Puntuación de la Escala de Edimburgo:
 - Puntuación entre 0 y 30
- Edad
 - Edad en años
- Estado civil
 - Casada
 - Divorciada
 - Soltera
 - Viuda
 - Con pareja estable
- Valoración subjetiva de la relación con la pareja:
 - No procede
 - Mala
 - Normal
 - Buena
- Nivel de estudios:

- Analfabetismo
- Sin estudios
- Primarios
- Secundarios
- Superiores.
- Situación laboral
 - Activa laboralmente
 - Inactiva laboralmente
- Valoración subjetiva de la situación económica:
 - Mala
 - Normal
 - Buena.
- Valoración subjetiva del apoyo familiar
 - Ninguno
 - Poco
 - Suficiente
 - Bastante.
- Antecedentes personales de depresión / ansiedad:
 - Sí/ No.
- Pérdida de trabajo durante gestación:
 - Si
 - No
 - No procede
- Tipo de parto:
 - Eutócico
 - Instrumental
 - Cesárea.
- Utilización de anestesia
 - Sí/No
- Número de hijos previos
- Número de abortos anteriores
- Tratamiento médico especializado para conseguir el embarazo
 - FIV(Fecundación in vitro).
 - ICSI(Inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos).
 - Inseminación intrauterina.

- No
- Complicaciones durante la gestación:
 - Diabetes gestacional
 - Amenaza de aborto
 - Eclampsia o preeclampsia
 - Hipertensión
 - Otros
- Complicaciones del recién nacido:
 - Sufrimiento del recién nacido
 - Prematuridad
 - Bajo peso (<2500 kg)
 - Peso elevado (>4000kg)
 - Ictericia
 - Malformaciones o lesiona óseas
 - Otros
- Lactancia:
 - Materna
 - artificial.
- Diagnosticada actualmente de depresión postparto:
 - Si/No
- Diagnosticada en partos anteriores de depresión postparto :
 - Si/ No

2.7 Método de recogida de la información

El estudio lo llevará a cabo el investigador principal que contará con la colaboración de la enfermera obstétrico- ginecológica del Centro de Salud de Mazo, encargada de gestionar y entregar a las puérperas los cuestionario para su realización, explicar el motivo de ambos, aclarar cualquier duda que surgiese antes, durante o después de éstos y almacenarlos al finalizar. Desde la consulta de ésta, se reclutarán a las puérperas que hayan dado a luz entre el periodo del 1 de Enero de hasta el 31 de diciembre del 2017. La bibliografía recomienda emplear las revisiones de control postparto en los primeros meses como punto de cribado con la Escala de Edimburgo, por lo que se ha seleccionado la primera consulta establecida con la enfermera obstétrico-ginecológica a los dos meses del parto. Se vigilará que cada una de ellas

cumpla los requisitos de inclusión y exclusión anteriormente descritos. Inicialmente se les informará verbalmente y por escrito en qué consiste el estudio, y en caso de que decida formar parte de él, se dará paso a la firma de la hoja del consentimiento informado. En el caso de que la puérpera sea menor de edad, requerirá autorización de uno de sus tutores legales, quién será el responsable de la firma de dicho documento.

El análisis se llevará a cabo mediante dos cuestionarios, uno de ellos corresponde a la Escala de Edimburgo, el otro constará de distintas variables que recogerán diversos aspectos: socioeconómicos, personales, patologías obstétricas, etc. Ambos se realizarán de forma autoadministrada. Sin embargo, si se tratara de una persona analfabeta se elaboraría mediante el método heteroaplicado.

Las puérperas que tras realizar la escala de Edimburgo den como resultado un alto riesgo de estar desarrollando una depresión postparto, inmediatamente serán propuestas para, según el protocolo legalmente establecido, su derivación al especialista de zona e instauración de tratamiento específico si procede.

2.8 Análisis estadístico

Una vez obtenidos los datos de este estudio, se procederá a su análisis mediante el programa SPSS, son las siglas de *Statistical Package for the Social Sciences*, que en su traducción al castellano quedaría como "Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales". Se trata de un programa o software estadístico que se centra en el completo proceso analítico. Por lo que nos será de gran utilidad para llevar a cabo la investigación.

3. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

3.1 Planificación de recursos

En este proyecto intervendrán varios profesionales, estos serán: Una enfermera obstétrico- ginecológica que gestionará el reparto y recogida de cuestionarios y realizar la respectiva derivación respecto a las puérperas que muestren elevado riesgo en la Escala de Edimburgo, y el investigador principal que se encargará de analizar los datos obtenidos a través de ambos cuestionarios.

En el momento que sea necesario, se podrán realizar interconsultas con otros profesionales en caso de necesitar ayuda o resolver dudas. Los profesionales con los que se podría realizar la interconsulta sería: psiquiatras, enfermeros especialistas de salud mental y enfermeros obstétricos- ginecológicos del Hospital General de La Palma.

Por otra parte, la planificación de recursos materiales que se necesitará para efectuar el proyecto:

- Apoyo informático: Se utilizará para la confección del consentimiento informado, el ingreso y estudio de los datos obtenidos y la elaboración de un dossier en el que figure los resultados del estudio.
- Material necesario para la realización de cuestionarios (material de escritura)
- Una consulta (se utilizará la propia consulta de la enfermera obstétrico - ginecológica) para desarrollar las reuniones con las puérperas, en la que se les pasará la Escala de Valoración de Depresión Postparto
- Escala de Valoración para la Depresión Postparto para detectar si existe riesgo de sufrir depresión postparto.

3.2 Justificación del presupuesto

Instalaciones, instrumentos y técnicas disponibles para la realización del proyecto.

➤ Material Fungible:

- Folios:100 cuestionarios para participantes +100 consentimientos informados.
- Bolígrafos: 15
- Archivadores: 3
- Impresión: 200 documentos + 3 copias del estudio.

- Instalaciones:
 - Se utilizarán sitios públicos para desarrollar el estudio, principalmente el centro de Salud de Mazo.
- Almacenamiento de cuestionarios:
 - El investigador principal se encargará de almacenar estos documentos en su consulta profesional.

PRESUPUESTO

CONCEPTO	TOTAL POR PARTIDA
200 folios	5€
15 bolígrafos	10€
Impresión	70€
3 archivadores	12€
Desplazamiento del investigador principal hasta el centro de salud Villa de Mazo, mediante uso de transporte propio. Durante 12 meses	900€
TOTAL €	997€

3.3 Cronograma proyecto de estudio: Detección del riesgo a padecer depresión postparto

AÑO	MES	ACTIVIDADES			
		Tramitación permisos y preparación de los cuestionarios.	Recogida de datos por la enfermera obstétrico-ginecológica y registro de los datos por investigador principal.	Análisis de datos por el investigador principal.	Extracción de conclusiones.
2016	10	X			
	11	X			
	12	X			
2017	1		X		
	2		X		
	3		X		
	4		X		
	5		X		
	6		X		
	7		X		
	8		X		
	9		X		
	10		X		
	11		X		
	12		X		
2018	1			X	
	2			X	
	3				X

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los investigadores del presente estudio declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Previamente al inicio del estudio se remitirá una solicitud de autorización al comité ético del área de salud de La Palma. (Anexo)

Siguiendo lo establecido en la Ley 41 / 2002 de Autonomía del Paciente, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en referencia al acceso a la historia clínica con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se preservaran los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato.

A todas las participantes en el estudio se les informara en términos comprensibles y que no resulten por el contrario científicos y/o específicos del porqué del estudio, las características de éste, y la importancia de su participación en él. También se les comunicará que la participación es de carácter voluntario, pudiendo desistir de participar en cualquier momento, inclusive después de haber firmado consentimiento.

Una vez que no se presenten dudas por parte de la participante acerca de la investigación, aceptando libremente y sin ningún tipo de medidas coercitivas, se solicitará la firma del consentimiento informado(Anexo).

Por otra parte, el consentimiento informado, no exime la responsabilidad del investigador de tratar los datos según la normativa establecida por la Ley de Protección de datos de Carácter personal.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Zaconeta A, Domínguez Casulari Da Motta L, Sergio França P. Depresión Postparto: Prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. 2004; 69 (3): 209-213. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300005
2. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión Postparto valorada mediante la Escala de Edimburgo. 2014;74 (4).Disponible en : http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003
3. Jadresic E. Depresión Postparto. Medwav. 2004 Dic; 4(9). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922>
4. Graciela Rojas C, Rosemarie Fritsch M, Jaime Solís G, Marcos González A, Viviana Guajardo T, Ricardo Araya B. Calidad de vida de las mujeres deprimidas en el postparto. Rev med Chile.2006 ; 134(6). Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000600006&script=sci_arttext
5. De Motta L, Cunha C, Ojeda Ocampo M, Leontina C. Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta. Rev Psicología. 2006; XV. 57-63. Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26415103>
6. El Universal.mx. Importancia de prevenir depresión postparto[sede web]. 2000-[Actualizada el 7 de Febrero de 2014; acceso 9 de Mayo de 2016]. Disponible en:<http://archivo.eluniversal.com.mx/ciencia/2014/importancia-prevenir-depresion-postparto-83428.html>
7. Maroto Navarro G, Fernández Parra N. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.2004; 5(2). Disponible en : http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-146.pdf
8. Martínez E, Toledo M, Pineda M, Monleón J, Ferrero J, Barreto MP. La depresión postparto: Un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas.2000; 6(1). Rev. psicopatología y psicología clínica. Disponible en : [http://www.aepcp.net/arc/03.2001\(1\).Martinez-Toledo-Pineda-Monleon-Ferrero-Barreto.pdf](http://www.aepcp.net/arc/03.2001(1).Martinez-Toledo-Pineda-Monleon-Ferrero-Barreto.pdf)
9. Ascaso Terrén C, García Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión postparto en las madres españolas: Comparación de la estimación mediante la entrevista clínica y la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.2003; 120(9). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prevalencia-depresion-posparto-las-madres-13044232>

10. Urdaneta J, Rivera A, García J, Guerra M, Baabel N, Contreras A . Prevalencia de depresión postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo.2010; 75(5). Rev. Chil. Obstet. ginecol. Disponible en : http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000500007
11. Olhaberry M ,Escobar M, San Cristóbal P, Santelices MP, Farkas CH. Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. 2013; 31(2). Rev. Psicol. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/InformeFinalproyectovalidacionEPDSembarazadasV2.pdf>
12. Gobiernodecanarias .org Instituto Canario de Estadística [Sede web] [Actualizada 31 de Mayo de 2016]Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do>
13. Ocio León S, Fernández Menéndez JA, Hevia Maroto MA. Depresión y embarazo. Aspectos terapéuticos.2004; 11(1).Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiQUIATRIA-biologica-46-articulo-depresion-embarazo-aspectos-terapeuticos-13060421>
14. La Nueva España. www.lne.es.Depresión postparto, la gran olvidada[Sede web]. Oct, 15, 2014. Disponible en: <http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2014/10/14/depresion-postparto-gran-olvidada/1656019.html>
15. Gutiérrez S. La depresión postparto podría tener sus raíces durante el embarazo[sede web].Madrid: abc.es;2015[Actualizada el 3 de febrero de 2015; acceso 11 de Mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.abc.es/salud/noticias/20150203/abci-emabarzo-depresion-parto-201502031340.html>
16. Montesó Curto P, Ferré-Grau C, Lleixá-Fortuño M, Albacar Rioboó N, Espuny-Vidal C. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres.2011 (16). Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3903/3758>
17. INE.es Instituto Nacional de Estadística [Sede web]. [Actualizada en Mayo de 2016]Disponible en : <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>
18. Informedhealth.org. Depression after childbirth- What can help?. Disponible en:<https://www.gesundheitsinformation.de/depression-nach-der-geburt-was-kann-helfen.2686.de.html?part=nachdergeburt-kl#!34xz>

6. ANEXOS

Anexo I: Cuestionario de La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

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

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

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

Anexo II: Cuestionario para el análisis de factores que inciden en un elevado riesgo de sufrir depresión postparto.

CUESTIONARIO

Nombre: _____

Apellidos: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Por favor, conteste verazmente al cuestionario siguiente, la información que proporcione será usada con fines estadísticos en un proyecto de investigación y será de carácter confidencial. Es muy importante que responda el cuestionario completo y con honestidad.

Marque con una X la opción correcta.

1. ¿Cuál es su estado civil?
 - A. Casada
 - B. Divorciada
 - C. Soltera
 - D. Viuda
 - E. Con pareja estable

2. ¿Cómo considera la relación con su pareja?
 - A. No procede
 - B. Mala
 - C. Normal
 - D. Buena

3. ¿Cuál es su nivel máximo de escolaridad?
 - A. Sin estudios
 - B. Primarios
 - C. Secundarios
 - D. Superiores.

4. Situación laboral.
- A. Activa laboralmente
 - B. Inactiva laboralmente
5. ¿ Qué valor le da a su situación económica?
- A. Mala
 - B. Normal
 - C. Buena.
6. ¿ Cuenta con apoyo familiar?
- A. Ninguno
 - B. Poco
 - C. Suficiente
 - D. Bastante.
7. ¿ Tiene antecedentes personales de depresión / ansiedad?
- A. Sí
 - B. No
8. ¿ Ha perdido su trabajo durante la gestación?
- A. Si
 - B. No
9. Tipo de parto:
- A. Eutócico
 - B. Instrumental
 - C. Cesárea.
10. Utilización de anestesia
- A. Sí
 - B. No
11. Número de hijos previos: _____
12. Número de abortos anteriores: _____

13. ¿ Utilizó tratamiento médico especializado para conseguir el embarazo
- A. FIV(Fecundación in vitro).
 - B. ICSI(Inyección intracitoplasmática de espermatozoides en óvulos).
 - C. Inseminación intrauterina.
 - D. No

14. ¿ Durante la gestación ha presentado algún problema debido al embarazo?
- A. Sí
 - B. No

Si es así, ¿ Qué tipo de complicación?

- A. Diabetes gestacional
- B. Amenaza de aborto
- C. Eclampsia o preeclampsia
- D. Hipertensión
- E. Otros

15. ¿ Tuvo alguna complicación su bebé?
- A. Si
 - B. No

En caso de ser cierto. ¿Cuál ha sido?

- A. Sufrimiento del recién nacido
- B. Prematuridad
- C. Bajo peso (<2500 kg)
- D. Peso elevado (>4000kg)
- E. Ictericia
- F. Malformaciones o lesiona óseas
- G. Otros

16. ¿ Qué tipo de lactancia utiliza para alimentar a su hijo/a?

A. Materna

B. artificial.

17. ¿ Está diagnosticada actualmente de depresión postparto?

A. Si

B. No

18. ¿ Ha sido diagnosticada en partos anteriores de depresión postparto?

A. Si

B. No

Muchas gracias por su colaboración

Anexo III: Consentimiento informado

Por este medio hago constar que participo voluntariamente en esta investigación, conociendo que:

- Sometiéndome a este estudio no entraña riesgo alguno para mi salud.
- Mi participación puede resultar beneficiosa para mi persona, así como aportar nuevo conocimientos útiles a otros individuos.

Por otra parte, tengo el derecho a:

- Recibir información y explicaciones previas de los procedimientos incluidos en el estudio y decidir si los acepto o no.
- Conocer los resultados que se obtengan en lo relativo a mi persona.
- Que sea respetada mi integridad moral y se mantenga la máxima discreción en todo momento.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre: _____

Firma: _____

Anexo IV: Autorización dirigida al comité ético del área de salud de La Palma.

Yo, Natalia Domínguez Hernández investigadora principal de este estudio, con DNI 42199260-X y dirección en, Calle La Montaña nº 116 B, 38712, Breña Baja, Santa Cruz de Tenerife.

Solicito la aprobación, al comité ético del área de salud de La Palma para la ejecución del estudio sobre " Descripción de factores relacionados con la depresión postparto en el municipio Villa de Mazo" en las puérperas empadronadas en el Municipio Villa de Mazo.

El proyecto tendrá una duración de 18 meses, comprendidos entre el 1 de octubre de 2016 hasta el 31 de marzo de 2018.

En Breña Baja a 6 de junio de 2016

Atentamente,

Natalia Domínguez Hernández.