



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

*PROGRAMA DE SALUD PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA
DEPRESIÓN POSTPARTO*

Autor/a: Lucía Orduna del Amo

Director/a: Nuria Puig Comas

ÍNDICE

Página:

| | |
|---|----|
| 1. RESUMEN..... | 1 |
| 1.1 ABSTRACT | 2 |
| 2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA..... | 3 |
| 2.1 INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2.2 OBJETIVOS | 5 |
| 2.3 METODOLOGÍA | 5 |
| 2.4 DESARROLLO | 6 |
| 2.5 CONCLUSIONES..... | 11 |
| 3. PROPUESTA DE PROGRAMA DE SALUD..... | 12 |
| 3.1 INTRODUCCIÓN..... | 12 |
| 3.2 OBJETIVOS | 12 |
| 3.3 POBLACIÓN DIANA..... | 13 |
| 3.4 METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES | 13 |
| 3.5 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RECURSOS NECESARIOS..... | 15 |
| 3.6 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA | 16 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 17 |
| ANEXOS | 23 |
| ANEXO I | 24 |
| ANEXO II | 33 |
| ANEXO III | 34 |
| ANEXO IV..... | 35 |
| ANEXO V..... | 36 |
| ANEXO VI..... | 37 |
| ANEXO VII | 38 |

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Depresión Postparto es la complicación psiquiátrica más frecuente en el periodo perinatal, afectando a una de cada seis madres. Se caracteriza primordialmente por una tristeza persistente, y debe distinguirse de la Disforia o Tristeza Postparto y de la Psicosis Postparto. Los síntomas afectan al núcleo familiar al completo, pudiendo afectar al desarrollo del infante. Debe tratarse con ayuda de un especialista, de lo contrario, podría cronificarse, siendo altamente peligroso. Aun así, se supone infratratada por la presión social ejercida sobre las madres.

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:** Obtener información que justifique un programa de salud dirigido a la detección precoz de la Depresión Postparto.
- **PROGRAMA DE SALUD:** Establecer medidas para la detección de la Depresión Postparto y aumentar el conocimiento de la madre (y su pareja, preferiblemente) sobre la misma mediante una intervención educativa.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica, que recoge información conforme al tema a tratar obtenida desde las principales bases de datos de Ciencias de la Salud.

CONCLUSIONES: El diagnóstico temprano de la enfermedad supone una mejora en el tratamiento y el pronóstico, objetivo que se puede lograr gracias a la intervención enfermera.

PALABRAS CLAVE: Depresión Posparto; Familia; Programas; Periodo Posparto; Promoción de la Salud

1.1 ABSTRACT

INTRODUCTION: Postpartum Depression is the most frequent psychiatric complication in the perinatal period, affecting one in six mothers. It's characterized primarily by persistent sadness, and must be distinguished from Postpartum Dysphoria or Postpartum Sadness, and Postpartum Psychosis. The symptoms affect the entire family, which may affect the development of the infant. It must be treated with the help of a specialist, otherwise it could become chronic, being highly dangerous. Still, it's assumed undertreated because of the social pressure exerted on mothers.

MAIN OBJECTIVES:

- **BIBLIOGRAPHY REVIEW:** Obtain information that justifies a health program aimed at the early detection of Postpartum Depression.
- **HEALTH PROGRAM:** Establish measures for the detection of Postpartum Depression and increase the knowledge of the mother (and her partner, preferably) about it through an educational intervention.

METHODOLOGY:

A bibliographic review has been made, which collects information according to the treated topic from the main databases of Health Sciences.

CONCLUSIONS:

The early diagnosis of the disease supposes an improvement in the treatment and the prognosis, objective that can be achieved thanks to the nursing intervention.

KEYWORDS: Postpartum depression; Family; Programs; Postpartum Period; Health promotion

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo y el nacimiento de un hijo son acontecimientos vitales de gran importancia, que a pesar de ser (en muchos casos), esperados y ansiados con felicidad, generan en la mujer un estado de vulnerabilidad que no puede ser ignorado.¹

La gestación y el puerperio traen consigo alteraciones hormonales, psicológicas y sociales, que aumentan las probabilidades de padecer trastornos psíquicos. La complicación psiquiátrica más frecuente en el puerperio es la Depresión Postparto (DPP), afección que se da, según datos de prevalencia mundial, en entre un 15% y un 20% de las madres (una de cada seis).²

La DPP se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza persistente, llanto espontáneo y duradero, falta de interés por realizar actividades que anteriormente se disfrutaban, falta de unión con el recién nacido, incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, sentimiento de inutilidad e incompetencia, sentimiento de culpabilidad, y, entre otros, deseos o pensamientos de autolesión o suicidio.¹

Cabe destacar que la DPP debe diferenciarse de la Disforia Postparto o Tristeza Postparto, alteración similar de duración variable, y con comienzo normalmente en la primera semana tras el alumbramiento. La principal diferencia entre ambos padecimientos es la permanencia, ya que la Tristeza Postparto suele desaparecer espontáneamente en un periodo de 15 días, mientras que la DPP se determina por una persistencia de los síntomas de más de dos semanas.³

También es preciso distinguir entre la DPP y la Psicosis Puerperal, un trastorno afectivo que se da principalmente en mujeres con antecedentes de patología psicótica. Se caracteriza por una fase inicial, con síntomas similares a la DPP, de inicio entre la primera semana y los seis meses después del parto, y que dura aproximadamente una semana. A esta le sigue una fase aguda, con actividad delirante y alucinatoria.³

Los síntomas de la DPP afectan al núcleo familiar por completo. Ya no solo es el recién llegado a la familia el que precisa de atención constante, si no que la madre puede llegar a encontrarse incapacitada. Esta situación, además de influir en la dinámica familiar, puede traer consecuencias en el comportamiento y desarrollo del niño.^{4,5}

La sociedad espera una actuación ejemplar ante la maternidad, que surge sin preparación apenas. Esto provoca que los síntomas de depresión sean percibidos por la madre como incompetencia, y que, junto a un gran desconocimiento sobre el tema, esta sea reticente a hablar de ello. Por lo tanto, a pesar de que en el periodo perinatal la mujer acude a numerosos profesionales, posiblemente los síntomas pasen desapercibidos para estos.⁴

La DPP debe tratarse con ayuda de especialistas, ya que sin esta atención puede durar meses, o incluso años, afectando sobremanera a la vida de la madre, del hijo y de la familia. Además, España invierte aproximadamente 10.763 millones de euros en tratar los trastornos del estado de ánimo, entre los que se encuentra la DPP.^{1,6}

Observando los datos sobre la prevalencia de la DPP, así como las consecuencias que se dan sobre la madre y el recién nacido, y el coste que supone para la comunidad, cabría destacar que se trata de un problema de Salud Pública, y debería abordarse como tal.

Dada la carencia de actuaciones al respecto, se cree preciso realizar una revisión bibliográfica, que evidencie la necesidad de lograr un diagnóstico temprano, y además justifique la funcionalidad de un programa de salud dirigido a la detección precoz de la DPP.

2.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Obtener información que justifique un programa de salud dirigido a la detección precoz de la DPP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los beneficios de un diagnóstico temprano de la DPP.
- Comprender los posibles daños que surgen al no controlar correctamente la DPP.
- Hallar evidencia de programas de salud o intervenciones similares por parte de enfermería que hayan funcionado anteriormente.

2.3 METODOLOGÍA

La proyección metodológica para esta revisión bibliográfica ha supuesto una búsqueda en las principales bases de datos biomédicas, tales como PubMed, La Biblioteca Cochrane Plus o SciELO. Se centró la atención sobre aquellos artículos relacionados con la información requerida en los objetivos descritos.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) empleados para este trabajo fueron: Depresión Posparto; Familia; Programas; Periodo Posparto; Promoción de la Salud.⁷

Los resultados fueron acotados mediante operadores booleanos, tales como AND/Y u OR/O. Se añadieron filtros para un mayor ajuste, siendo principalmente los siguientes: texto completo, años de 2008 a 2018, en inglés y español, y enfermería. Además, por su validez e importancia, se incluyó un documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que data de 2003.

También se consultaron el *Diccionario de Descriptores en Ciencias de la Salud*, la página web de *Postpartum Support International*, así como la del *Consejo General de la Psicología en España*, con el fin de resolver dudas que surgieron desarrollando del trabajo.

La forma de exponer los hallazgos de la búsqueda se presenta en las tablas 1 y 2, complementadas con el ANEXO I:

| BASE DE DATOS | TÉRMINOS Y OPERADORES BOLEANOS | ARTÍCULOS ENCONTRADOS | ARTÍCULOS SELECCIONADOS | ARTÍCULOS EMPLEADOS |
|--|---|-----------------------|-------------------------|---------------------|
| PubMed | ((postpartum) OR postnatal) AND depression AND prevention | 139 | 30 | 15 |
| OMS/WHO | Depresión postparto / Postpartum depression | 47 | 3 | 2 |
| LA BIBLIOTECA COCHRANE PLUS | DETECCIÓN AND DEPRESIÓN AND POSTPARTO | 8 | 1 | 1 |
| BVS (Biblioteca Virtual en Salud) | detección AND depresión AND postparto | 68 | 16 | 7 |
| SciELO | Depresión Y postparto | 46 | 4 | 2 |

TABLA 1. Metodología de la revisión bibliográfica

| PÁGINAS WEB CONSULTADAS |
|--|
| 1. Diccionario de Descriptores en Ciencias de la Salud |
| 2. Postpartum Support International |
| 3. Consejo General de la Psicología en España |

TABLA 2. Páginas web consultadas

2.4 DESARROLLO

La DPP es una enfermedad con una tasa de tratamiento muy baja. Esto es, en parte, debido al estigma que supone para las mujeres asociar una enfermedad a una etapa supuestamente feliz. Además, muchas muestran reticencia a tomar fármacos durante la lactancia.^{8,9}

Se reconoce que una detección precoz de la DPP influye notablemente en su evolución y duración, mejorando la clínica, además de paliar las consecuencias en el infante. Su diagnóstico temprano debería ser una actividad preferente, recomendándose como mínimo una vez durante el periodo perinatal el cribaje de síntomas de depresión y ansiedad.^{4,10,11}

El personal sanitario que ve frecuentemente a la mujer durante este periodo está en el lugar idóneo para detectar la DPP antes de que los síntomas se vuelvan crónicos, produciendo un efecto devastador en las familias. El avistamiento temprano puede ayudar a prevenir la morbilidad asociada y la comorbilidad (p.ej. ansiedad). La Estrategia Nacional de Prevención de Estados Unidos advierte que la integración del screening precoz de problemas de salud mental debería estar integrado en Atención Primaria, y que las medidas preventivas alcanzan su mayor rendimiento cuando se administran de forma rutinaria (p.ej., en las visitas a la matrona), y en periodos críticos.¹¹

La DPP no tratada es un importante problema de salud pública, con implicaciones para toda la familia. La detección es especialmente importante, ya que solo alrededor de un 11% de aquellas mujeres con depresión clínicamente significativa presenta queja a su médico. La prevención debería iniciarse en las visitas prenatales, atendiendo al bienestar emocional, la autoeficacia y la disposición para ser padres (además del resto de aspectos del embarazo), ya que hay evidencia de que el apoyo a los padres y las guías en la crianza pueden prevenir la DPP.¹¹

Los efectos de mayor gravedad para el niño influyen en el lenguaje o el cociente intelectual, además del desarrollo del afecto madre e hijo, y la evolución y crecimiento emocional de este, pudiendo persistir estos últimos hasta los cinco años de edad, e incluso superar esta fecha.⁴

En las primeras semanas y meses tras el parto se crea el vínculo materno filial. Durante esta interacción la madre se comunica con el bebé de forma no verbal, desarrollando la interrelación con él. Esta conexión contribuye a una evolución cognitiva, social e interpersonal sana, estableciendo la base para el futuro del niño. Cuando este proceso funciona, la madre se halla “unida” a su retoño. Se cree que la DPP afecta negativamente a esta unión madre-hijo, ya que afecta la capacidad de esta para controlar su comportamiento, lo que influye al lazo comunicativo que debe establecer con su bebé, y por tanto a su desarrollo.⁴

Este efecto se pudo comprobar en un estudio, en el que la madre era observada durante cinco minutos al día de juego libre con su criatura (de diecinueve meses en adelante). Los niños con madres que habían sufrido o

sufrían DPP mostraban menos interés en el medio y en los objetos que se le ofrecían. Además, las madres se mostraban menos efectivas a la hora de controlar los estímulos y de facilitar tareas al infante.⁴

Otro estudio en niños de más de dieciocho meses advirtió que aquellos con madres que habían pasado por una DPP mostraban estilos de Apego Inseguro. Unos mostraban Apego Ansioso Evitativo, caracterizado por exploración independiente, poco intercambio afectivo y acercamiento a personas extrañas; mientras que otros mostraban Apego Ansioso Resistente, identificado por falta de exploración, dificultad para separarse y explorar, y desconfianza ante situaciones, manifestado por llanto y alboroto, pasividad o incluso resistencia al contacto.⁴

Se ha observado que la DPP afecta en mayor proporción a mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como madres adolescentes (26%), o con menor capacidad socioeconómica que la media (38,2%). Según datos de la OMS, la DPP se da en una de cada seis mujeres que dan a luz.^{1,2}

Hasta 2012, el marcador definitorio de la DPP, que además la diferenciaba de otros trastornos depresivos, era el nacimiento de un hijo. Cumpliendo esto, una vez se daban cinco de nueve síntomas específicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (ANEXO II), durante al menos dos semanas, se diagnosticaba la DPP. Además, esta debía tener comienzo en las cuatro primeras semanas tras el parto. Sin embargo, en las Conferencias de la Sociedad Marcé de 2010 y 2012 para la salud perinatal, se determinó que, a pesar de que los síntomas requeridos iban a permanecer intactos, el periodo de diagnóstico se ampliaba, abarcando desde las últimas etapas del embarazo a seis meses tras el alumbramiento, acogiendo un nuevo término más adecuado, que está arraigando como Depresión "Perinatal".^{12,13}

Los niveles de cortisol, el estrés psicológico y los síntomas psicopatológicos pueden asociarse como predictores de DPP, siendo estos últimos los más significativos. La evaluación de los mismos en el periodo perinatal puede ser clave para los profesionales a la hora de llevar a cabo una correcta atención en esta etapa.¹⁴

En el mismo estudio se observó que las mujeres pertenecientes a la muestra que manifestaban síntomas se agrupaban entre sí, mientras que las que no los presentaban hacían lo propio.¹⁴

Actualmente las herramientas disponibles para la atención y detección de la DPP son escasas y están poco extendidas. Sin embargo, se ha observado que para realizar un primer cribaje es suficiente con un cuestionario compuesto por dos ítems, uno referente a la anhedonia y otro al estado de ánimo.^{15,16}

Estudios afirman que el PHQ-2 (ANEXO III), cuestionario que cumple las necesidades que se acaban de nombrar, es efectivo gracias a su especificidad y sensibilidad, estableciéndose como un elemento simple pero útil y contrastado. No obstante, las preguntas que ofrece esta herramienta deben ser formuladas de forma que la madre responda con sinceridad, haciéndolas lo más naturalmente posible. Por ejemplo, haciendo alusión a otras madres (muchas madres comentan que se sienten así, ¿le ha pasado a usted algo semejante?). En caso de darse un resultado positivo para riesgo de padecer DPP, deberían activarse los protocolos y derivaciones correspondientes.^{16,17}

La Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto (ANEXO IV) se considera el método más fiable y completo para su detección, debido a su precisión, sensibilidad y especificidad, viéndose en un estudio que las mujeres que presentaban síntomas claros eran las que más puntuación obtenían.^{14,18}

El apoyo por parte de la familia y la sociedad actúa como amortiguador ante la DPP, disminuyendo la sintomatología o los factores de riesgo. Por tanto, sería de gran ayuda para su proceso de detección ofrecer información, tanto a la madre como a sus principales allegados, para que, si no es ella misma la que acude en busca de ayuda, sean sus allegados los que la apoyen en la decisión de hacerlo.^{19,20}

Muchas madres coinciden en que la ayuda por parte de la red de apoyo debe “darse por hecha”, sin ser preciso pedirla. El soporte emocional es fundamental para la recuperación postparto y la prevención de la DPP. Sin embargo, estas necesidades son subjetivas, haciéndose difícil conocerlas.²⁰

La terapia en grupo, el apoyo social, y la conversación entre iguales son elementos que mejoran notablemente el estado de ánimo. Las salas de

espera de los centros de salud ofrecen el ambiente informal idóneo para la charla entre madres, por lo que se decidió encuestarlas. Varias establecieron que enfermería no les brindaba atención suficiente, y que esta no era específica para sus problemas emocionales, no sabiendo manejarlos. De este estudio se deduce que las madres ven en estos profesionales un punto de apoyo y referencia, ante el cual deberían estar preparados.²¹

Datos analizados sobre madres de varios grupos sociales y económicos determinó que la mayoría acepta y cree necesario que enfermería imparta consejo sobre salud mental, así como que se ocupe de la detección. Esto se debe a que ven regularmente a las mismas enfermeras, suponiendo un punto de referencia para ellas.²²

Un estudio posterior valoró la opinión de enfermería. Un 67,1% estuvo de acuerdo con ofrecer detección mediante una herramienta sencilla, y que la consulta de la matrona es el mejor espacio para esta tarea. El 93% opinó que es correcto ofrecer consejo, de las cuales cerca de la mitad ya lo hacía.²³

La información disponible para los futuros padres sobre el embarazo y el parto está ampliamente divulgada, mientras que los conocimientos sobre salud mental perinatal suelen ser limitados. Las clases de educación maternal no mencionan el ajuste emocional que debe hacerse ante la paternidad. Una investigación en la que participaron profesionales y expertos en el tema reconoció que impartir lecciones o recomendaciones sobre este campo a los padres es necesario.²⁴

Dado que el contacto con el ginecólogo termina poco después del parto, las consultas pediátricas han sido identificadas como idóneas para realizar la detección de la DPP, debido a las numerosas visitas que se requieren en el primer año del lactante. La enfermera pediátrica cobra importancia en este aspecto, ya que será quien más veces interaccione con la madre.^{9,15}

Investigaciones demuestran que herramientas dirigidas a la educación psicológica de los padres en cuanto a la relación en pareja, el manejo del comportamiento del niño y la fatiga parental, disminuyen la prevalencia de la DPP, demostrando eficacia de estos instrumentos, dado el coste que supone tratar esta patología.^{25,26,27,28}

Un estudio con grupo de control estableció que, tras una intervención psicosocial para prevenir la DPP, el grupo intervenido contó con un 16% de casos, mientras que el grupo de control terminó con un 31%, por lo que estas mediaciones son estadísticamente significantes.²⁹

Una revisión bibliográfica consideró que los estudios evaluados sobre el tema contenían una muestra insuficiente, y que, aunque con resultados prometedores, estos no fueron concluyentes por dicho sesgo.³⁰

2.5 CONCLUSIONES

- Un diagnóstico temprano contribuye a mejorar el estado de salud, y por tanto a optimizar el tratamiento, además de favorecer el desarrollo del niño, el bienestar maternal y familiar, y a controlar el gasto público.
- Una DPP sin tratar conlleva el alargamiento de la enfermedad, trastornos emocionales y psicomotores en el niño, y entorpecimiento de la dinámica familiar.
- El personal sanitario que está en contacto frecuentemente con la mujer en el periodo perinatal es el indicado para llevar a cabo la detección.
- La detección debería iniciarse antes del parto y continuarse hasta un año después.
- El cribaje se puede llevar a cabo en visitas rutinarias con cuestionarios simples, como el PQH-2 o la Escala de Edimburgo.
- El apoyo social y familiar causa un efecto amortiguador sobre la DPP, e incluso podría prevenirla.
- Enfermería, por su cercanía, es el eslabón clave para la detección de la DPP.
- Mientras que se han hallado numerosas intervenciones para la mejora de la detección, con resultados fructíferos, la materia debe seguir estudiándose por no encontrarse hoy en día material del todo esclarecedor, pero sí resultados prometedores. Se trata de un campo en alza, en el que se están llevando cabo numerosos estudios.

3. PROPUESTA DE PROGRAMA DE SALUD

3.1 INTRODUCCIÓN

Dada la evidencia encontrada sobre los beneficios que aporta una detección temprana de la DPP, en el siguiente apartado se propone un programa de salud, dirigido a ofrecer información a la madre durante el embarazo y el puerperio, así como a sus allegados, especialmente a la pareja.

En el programa la intervención recaerá principalmente sobre los futuros padres, ya que la motivación es acercar un problema común a la sociedad, de forma genérica y comprensible, por lo que no requiere la formación del personal sanitario.

Se cree que esto mejorará los conocimientos generales sobre la DPP y su alcance, acercándola a la población y desmintiendo tópicos sociales, como que el embarazo y el parto son una etapa necesariamente feliz. Una intervención sanitaria como esta mejorará los ratios de detección y el pronóstico de la patología.

3.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer medidas para la detección de la Depresión Postparto y aumentar el conocimiento de la madre (y su pareja, preferiblemente) mediante una intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incluir medios y pautas para el cribaje de la DPP en Atención Primaria.
- Ampliar el entendimiento de los padres en cuanto a qué es la DPP.
- Lograr que sepan identificar signos y síntomas genéricos de DPP.
- Conseguir que la madre acuda al especialista y comience a recibir la ayuda que precise en el menor tiempo posible.

3.3 POBLACIÓN DIANA

Futuras madres que se encuentren en el segundo y tercer trimestre de embarazo, además de sus parejas o la persona con la que convivan. Se considera que este es el mejor momento para realizar la intervención, dado que la DPP puede manifestarse antes del parto, pero, a demanda de los interesados, puede realizarse tras el parto.

3.4 METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES

La intervención se llevará a cabo en los Centros de Salud de Huesca capital, concretamente en la consulta de la matrona y de enfermería pediátrica.

La detección y el control se realizarán a todas las mujeres que acudan a la consulta, por lo que la cobertura en este aspecto será del 100%. Sin embargo, no a todas se les realizará la exposición teórica, al ser esta voluntaria.

| ACTIVIDAD: | CAPTACIÓN | EXPOSICIÓN | CRIBAJE | EVALUACIÓN |
|------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|
| Duración | Tiempo consulta | 1,5h | Tiempo consulta | Tiempo consulta |
| Lugar | Consulta matrona | Salón de actos / sala reuniones del centro | Consulta matrona / consulta enf. pediatría | Sala reuniones de del centro |
| Horario | Cita consulta para | Sesión concertada con el grupo | Cita consulta para | - |
| Nº de participantes | Todas las madres que acudan a consulta con >20 semanas de embarazo. | Máximo 5 madres + 1 acompañante | Todas las madres que acudan a consulta con >28 semanas de embarazo y tras el parto. | - |
| Metodología educativa | Introducción al tema y ofrecimiento de la sesión. | Exposición de la teoría cerniente al curso mediante PPT y vídeos. Reparto de folletos informativos y cuestionarios de satisfacción. | Seguimiento de las madres a las que se les ha realizado la intervención. | Evaluación de la intervención. |
| Recursos humanos | Matrona | Matrona | Matrona / Enfermera pediátrica | Matrona / Enfermera pediátrica |
| Recursos materiales | - | Ordenador, proyector, altavoces, folletos, cuestionarios de satisfacción | Cuestionario PHQ-2, Escala Edimburgo | Ordenador. cuestionarios, escalas |

TABLA 3. Organización de las actividades.

| SEGUIMIENTO Y CRIBAJE | |
|------------------------------|-------------------------------|
| CITA | LUGAR |
| Semana 28 de embarazo | Consulta matrona |
| Puerperio inmediato | Consulta matrona |
| Visita 2 meses | Consulta enfermera pediátrica |
| Visita 4 meses | Consulta enfermera pediátrica |
| Visita 6 meses | Consulta enfermera pediátrica |
| Visita 11 meses | Consulta enfermera pediátrica |

TABLA 4. Seguimiento y cribaje de las madres.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1ª ACTIVIDAD → Captación del grupo. Se ofrecerá la intervención educativa en grupo en la visita de las 20 semanas a la matrona (si no es posible, a las 28 semanas).

2ª ACTIVIDAD → Se formará un grupo con aquellas madres interesadas, idealmente 5 participantes más sus parejas (máximo 10 personas en total). Se concertará una cita, y se expondrá la teoría de la DPP de forma cercana, promoviendo la participación y el diálogo entre los presentes. Se explicarán los medios por los que podrían recibir ayuda o consejo en caso de sospecha de DPP, y se repartirá material de apoyo (ANEXO V). Tras la exposición se favorecerá la conversación entre los participantes sobre experiencias y expectativas. Convendría que siempre hubiera alguna madre no primípara, para que pudiera compartir su experiencia. El momento perfecto para esta intervención es durante el último trimestre de embarazo, y de no ser posible, en el puerperio inmediato.

3ª ACTIVIDAD → Seguimiento de las madres. Se realizarán dos tipos de cribaje en las citas expuestas en la Tabla 4. Ambos se basarán en cuestionarios validados. En primer lugar se realiza el cuestionario PHQ-2 (ANEXO III), y en caso de obtener puntuación de riesgo en este, la Escala de Edimburgo (ANEXO IV). Las preguntas se realizarán de forma que sea cómodo responder. Las citas están organizadas en el tiempo cubriendo el periodo de riesgo para el comienzo de la DPP, abarcando desde la última etapa del embarazo hasta un año después. Además, coinciden con citas

requeridas para la propia madre o el lactante, por lo que no ha de acudir expresamente para el cribaje.

4ª ACTIVIDAD → Evaluación del programa (apartado 3.6).

3.5 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RECURSOS NECESARIOS

Los recursos necesarios para llevar a cabo esta intervención son escasos, y la mayoría ya disponibles en el centro, por lo que el gasto se basa en la reprografía.

| MATERIAL INVENTARIABLE | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ordenador • Proyector • Altavoz | <ul style="list-style-type: none"> • 400,00€ (ya disponible en el centro) • 200,00€ (ya disponible en el centro) • 50,00€ (ya disponible en el centro) |
| MATERIAL BIBLIOGRÁFICO | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Artículos gratuitos | <ul style="list-style-type: none"> • Sin gastos |
| MATERIAL FUNGIBLE | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Informático fungible • Material de papelería • Gastos de reprografía | <ul style="list-style-type: none"> • Sin gastos • 50€ • 50€ |
| VIAJES Y DIETAS | NO PROCEDE |
| INFRAESTRUCTURAS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reserva auditorio • Instalaciones del centro de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Sin gastos • Sin gastos |
| TOTAL | 750,00€ |
| | -650€ en material ya disponible |
| | 100€ |

TABLA 5. Presupuesto del material

Los recursos humanos necesarios se componen de la enfermera pediátrica y la matrona. Ya que el programa se realizará en horario de citación del Centro de Salud, aprovechando las visitas al mismo, las horas de enfermería estarían incluidas en su jornada laboral.

3.6 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Para valorar la efectividad del proceso, se contabilizarán a todas aquellas madres que han participado en la charla y el cribaje. Las que no hayan acudido a la sesión informativa actuarán como grupo de control frente a las que sí lo hicieron, comprobando así si la información ofrecida es de utilidad. Además, se compararán los datos del total de casos de DPP antes y después de implantarse el programa, obteniendo las cifras de la Unidad de Salud Mental (ubicada en el Centro de Salud Pirineos), constatando así si el programa es efectivo, y si enfermería es engranaje clave para una detección temprana.

A partir de la implantación del programa, la matrona y la enfermera pediátrica establecerán un sistema de recogida de datos para su posterior seguimiento y valoración, estableciendo un método de evaluación continua para los años posteriores.

Las madres recibirán un test de ideas previas y posteriores (ANEXO VI) para evaluar la charla, además de un cuestionario de satisfacción (ANEXO VII), en el que podrán reflejar si la información recibida les ha parecido útil y comprensible, y hasta qué nivel desconocían el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. ¿Se Pregunta Por Qué No Está Contenta Tras el Nacimiento de su Hijo?. Campañas Mundiales de Salud Pública de la OMS [Internet]. 2016-2017 [citado 28 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>
2. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en Depresión Postparto: el Desafío Permanente de Optimizar su Detección y Abordaje. Revista Médica Chilena [Internet]. Julio 2015 [citado 28 diciembre 2017]; 143(7): 887-894. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-757914>
3. Medina E. Diferencias Entre la Depresión Postparto, la Psicosis Postparto y la Tristeza Postparto. Revista de Perinatología y Reproducción Humana [Internet]. Enero 2013 [citado 29 diciembre 2017]; 27(3): 185-193. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lang=pt
4. Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions. University Health Network Women's Health Program [Internet]. Octubre 2003 [citado 29 diciembre 2017]; 9-252. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
5. González G, Moraes M, Sosa C, Umpierrez E, Duarte M, Cal J, et al. Depresión Materna Postnatal y su Repercusión en el Neurodesarrollo Infantil: Estudio de Cohorte. Revista Chilena de Pediatría [Internet]. Junio 2017 [citado 29 diciembre 2017]; 88(3): 360-366. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300008&lang=pt

6. Consejo General de la Psicología de España. El Coste Económico de los Trastornos Mentales en España Superó al Gasto Público en Sanidad. Infocop Online [Internet]. Febrero 2015 [citado 29 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5421
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]. Edición 2017 [citado 20 enero 2018]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
8. Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. Preventing Postpartum Depression: Review and Recommendations. Archives of Women's Mental Health [Internet]. Arch Womens Ment Health. Febrero 2015 [citado 22 enero 2018]; 18(1):41-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25422150>
9. Terri L. Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Pediatric Visits: an Integrated Review. Journal of Pediatric Health Care [Internet]. Marzo 2012 [citado 22 enero 2018]; 26(2): 109-17. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-22360930>
10. Lee TM, Bautista D, Chen HY. Understanding How Postnatal Depression Screening and Early Intervention Work in the Real World - A Singaporean Perspective. Annals Academy of Medicine Singapore [Internet]. Octubre 2016 [citado 22 enero 2018]; 45(10):466-470. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27832221>
11. Bhat A, Reed SD, Unützer J. The Obstetrician-Gynecologist's Role in Detecting, Preventing, and Treating Depression. Obstetrics & Gynecology [Internet]. Enero 2017 [citado 22 enero 2018]; 129(1):157-163. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27926635>

12. Stuart-Parrigon K, Stuart S. Perinatal depression: an update and overview. Current Psychiatry Reports [Internet]. Septiembre 2014 [citado 17 marzo 2018]; 16(9):468. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25034859>
13. Segre LS, Davis WN. Postpartum Support International & the DSM-5. Postpartum Support International [Internet]. Junio 2013 [citado 17 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.postpartum.net/professionals/postpartum-support-international-the-dsm5/>
14. Caparros RA, Romero B, Strivens H, Gonzalez R, Martinez O, Peralta MI. Hair Cortisol Levels, Psychological Stress and Psychopathological Symptoms as Predictors of Postpartum Depression. PLOS ONE [Internet]. Agosto 2017 [citado 17 marzo 2018]; 12(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846691>
15. Meadows M. Screening for Postpartum Depression at Pediatric Visits. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services [Internet]. Septiembre 2012 [citado 20 marzo 2018]; 50(9): 4-5. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-22946778>
16. De Castro F, Place JM, Allen B, Rivera L, Billings D. Existencia de la Detección y Atención Para Depresión Perinatal Según lo Reportado por Prestadores: Evidencia Cuantitativa de Unidades Obstétricas Públicas en México. Salud Pública de México [Internet]. Julio 2016 [citado 20 marzo 2018]; 58(4): 468-471. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-795417>
17. Rodriguez MF, Castelao PC, Olivares ME, Soto C, Izquierdo M, Ferrer B, et al. PHQ-2 as First Screening Instrument of Prenatal Depression in Primary Health Care, Spain. Revista Española de Salud Pública [Internet]. Junio 2017 [citado 24 marzo 2018]; 30:91. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28134236>

18. Chorwe G, Chipps J. A Systematic Review of Screening Instruments for Depression for Use in Antenatal Services in Low Resource Settings. BMC Psychiatry [Internet]. Marzo 2017 [citado 24 marzo 2018]; 17(1):112. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28340609>
19. Coburn SS, Gonzales NA, Luecken LJ, Crnic KA. Multiple Domains of Stress Predict Postpartum Depressive Symptoms in Low-Income Mexican American Women: the Moderating Effect of Social Support. Archives of Women's Mental Health [Internet]. Diciembre 2016 [citado 24 marzo 2018]; 19(6):1009-1018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27329119>
20. Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. Maternal and Child Health Journal [Internet]. Mayo 2013 [citado 24 marzo 2018]; 17(4):616-23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22581378>
21. Martínez P, Rojas G, Magaña I. Análisis Etnográfico en Salas de Espera de Centros de Salud Primaria: Implicancias Para la Detección y Tratamiento de la Depresión Posparto. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica [Internet]. Julio 2015 [citado 28 marzo 2018]; 33(2): 59-68. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-757198>
22. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Screening and Counselling for Postpartum Depression by Nurses: the Women's Views. The American Journal of Maternal Child Nursing [Internet]. Septiembre 2010 [citado 28 marzo 2018]; 35(5): 280-5. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-20706098>

23. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Nursing Care for Postpartum Depression, Part 1: Do Nurses Think They Should Offer Both Screening and Counselling?. The American Journal of Maternal Child Nursing [Internet]. Julio 2010 [citado 28 marzo 2018]; 35(4): 220-5. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-20585212>
24. Pilkington P, Milne L, Cairns K, Whelan T. Enhancing Reciprocal Partner Support to Prevent Perinatal Depression and Anxiety: a Delphi Consensus Study. BMC Psychiatry [Internet]. Febrero 2016 [citado 28 marzo 2018]; 16:23. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842065>
25. Lorgelly P, Ranasinha S, Wynter K, Rowe H, Fisher J, Amir LH, et al. A Cluster Randomised Controlled Trial of a Brief Couple-Focused Psychoeducational Intervention to Prevent Common Postnatal Mental Disorders Among Women: Study Protocol. BMJ Open [Internet]. Septiembre 2014 [citado 30 marzo 2018]; 4(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25248497>
26. Ride J, Lorgelly P, Wynter K, Rowe H, Fisher J. Protocol for Economic Evaluation Alongside a Cluster-Randomised Controlled Trial of a Psychoeducational Intervention for the Primary Prevention of Postnatal Mental Health Problems in First-Time Mothers. BMJ Open [Internet]. Octubre 2014 [citado 30 marzo 2018]; 4(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25280810>
27. Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J, Amir LH, et al. Gender-Informed, Psychoeducational Programme for Couples to Prevent Postnatal Common Mental Disorders Among Primiparous Women: Cluster Randomised Controlled Trial. BMJ Open [Internet]. Marzo 2016 [citado 30 marzo 2018]; 6(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26951210>

28. Ride J, Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J. Preventing Postnatal Maternal Mental Health Problems Using a Psychoeducational Intervention: the Cost-Effectiveness of What Were We Thinking. *BMJ Open* [Internet]. Noviembre 2016 [citado 30 marzo 2018]; 6(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27864246>
29. Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, Seifer R, Stout R. Randomized Controlled Trial to Prevent Postpartum Depression in Mothers on Public Assistance. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. Enero 2016 [citado 30 marzo 2018]; 189:263-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26454186>
30. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. Evaluación Psicosocial Prenatal Para la Reducción de la Morbilidad en Salud Mental Perinatal (revisión Cochrane traducida. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. Agosto 2008 [citado 30 marzo 2018]; 4. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2012678480&DocumentID=CD005124>

ANEXOS

ANEXO I

RESUMEN DE LA METODOLOGÍA ENCONTRADA:

PRINCIPALES APORTACIONES

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1 | ¿Se pregunta por qué no está contenta tras el nacimiento de su hijo? | OMS 2016-2017 | OMS | Publicación y folleto | El embarazo y el nacimiento de un hijo causan vulnerabilidad. Características principales de la DPP. La DPP debe tratarse con ayuda de especialistas ya que puede afectar al bienestar familiar. Prevalencia. |
| 2 | Actualización en depresión Postparto: el Desafío Permanente de Optimizar su detección y Abordaje | Mendoza C, Saldivia S. 2015 | Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) | Artículo de revisión | Los cambios hormonales, psicológicos y sociales aumentan las probabilidades de sufrir trastornos psíquicos. La DPP es la complicación más frecuente del periodo perinatal, y se da más en minorías. Prevalencia. |
| 3 | Diferencias Entre la Depresión Postparto, la Psicosis Postparto y la Tristeza Postparto | Medina E. 2013 | SciELO | Artículo de revisión | Principales diferencias y características entre la DPP, la <i>Maternity Blues</i> y la Psicosis Postparto. |
| 4 | Postpartum Depression: Literature Review of Risk Factors and Interventions | Stewart DE, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. 2003 | OMS | Revisión bibliográfica | Es posible que la madre, debido a la presión social, sea reticente a acudir al especialista. La DPP puede afectar a la dinámica familiar y al desarrollo del infante, afectando por ejemplo al cociente intelectual del niño. Una detección temprana de la DPP podría evitar dicha situación, así como mejorar su evolución y acortar su duración. |
| 5 | Depresión Materna Postnatal y su Repercusión en el Neurodesarrollo Infantil: Estudio de Cohorte | Gonzalez G, Moraes M, Sosa C, Upierrez E, Duarte M, Cal J, et al. 2017 | SciELO | Artículo original, estudio de cohorte | La DPP persistente afecta al desarrollo infantil, a raíz de un deterioro en el vínculo madre e hijo, influyendo negativamente sobre el desarrollo psicomotor, del lenguaje, social y global, haciendo especial hincapié en las áreas sociales y del lenguaje. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|---|---|----------------|--------------------|--|
| 6 | El Coste Económico de los Trastornos Mentales en España Superó al Gasto Público en Sanidad. | Consejo General de la Psicología de España 2015 | Infocop Online | Artículo | En el año 2015 se invirtieron en España 10.763 millones de euros para la atención y tratamiento de los trastornos del estado de ánimo (entre los que se encuentra la depresión, y por tanto la DPP). |
| 7 | Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS | BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud), OMS 2017 | BVS | Diccionario | Diccionario de los Descriptores en Ciencias de la Salud |
| 8 | Preventing Postpartum Depression: Review and Recommendations. | Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C. 2016 | PubMed | Artículo | La DPP está altamente infra tratada, en parte debido al estigma que supone asociar una enfermedad a una etapa reconocida como feliz, y por la reticencia de muchas madres a tomar fármacos durante el periodo de lactancia. |
| 9 | Screening for Depression and Help-Seeking in Postpartum Women During Well-Baby Paediatric Visits: An Integrated Review. | Terri L 2010 | BVS | Revisión Integrada | La mayoría de madres no busca ayuda para la DPP. Dado que el contacto con el ginecólogo termina poco después del nacimiento, las enfermeras de pediatría y los pediatras tienen la oportunidad de instruir a la madre en cuanto a síntomas, tratamiento y ayuda para la DPP. |
| 10 | Understanding How Postnatal Depression Screening and Early Intervention Work in the Real World – A Singaporean Perspective. | Lee TM, Bautista D, Chen HY. 2016 | PubMed | Artículo | Determinación de la efectividad de un programa de intervención temprana para la DPP con respecto a la mejora de los síntomas, la salud y la calidad de vida, concluyendo en que la detección temprana de la DPP mejora su evolución y tratamiento, acortando su duración. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|--|--|--|-------------------------------------|--|
| 11 | The Obstetrician-Gynecologist's Role in Detecting, Preventing, and Treating Depression | Bhat A, Reed SD, Unützer J. 2017 | PubMed | Artículo | Las mujeres sufren un riesgo extra de padecer depresión en ciertas etapas, como la adolescencia, el embarazo o el postparto, momentos en los cuales se suele acudir al ginecólogo. Este especialista puede detectar en visitas rutinarias factores de riesgo o síntomas de depresión, siendo un importante componente para la detección temprana de la DPP, pudiendo evitar la cronificación de la depresión y sus efectos sobre la familia. Detectar la DPP de forma prematura puede mejorar el tratamiento, el pronóstico, y la comorbilidad asociada. |
| 12 | Perinatal Depression: an Update and Overview. | Stuart-Parrington K, Stuart S. 2014 | PubMed | Actualización y descripción general | La DPP se inicia durante el embarazo o el año posterior al parto, y se diagnostica cuando cinco de nueve síntomas encontrados en el manual DSM-5 se cumplen durante al menos dos semanas. Esto difiere de las anteriores estipulaciones que demandaba el DSM-4, en las que la DPP debía ocurrir en las cuatro semanas posteriores al nacimiento. |
| 13 | Postpartum Support International & the DSM5 | Segre LS, Davis WD. 2013 | Postpartum Support International (PSI) | Extracto de artículo | En la conferencia de la Sociedad Marcé de 2010 se determinó que no se actualizaría el DSM-5 por no haber hallado evidencia suficiente de que la DPP difiera de otros trastornos depresivos, por lo que esa continuaría siendo la referencia de diagnóstico. En la misma conferencia, pero esta vez en 2012, la conclusión sobre el DSM5 fue la misma, pero se determinó que la DPP debía pasar a ser una Depresión Perinatal, por haberse ampliado el tiempo antes y después del parto para el inicio de los síntomas. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|---|---|---------------|-------------------|--|
| 14 | Hair Cortisol Levels, Psychological Stress and Psychopathological Symptoms as Predictors of Postpartum Depression | Caparros RA, Romero B, Strivens H, Gonzalez R, Martínez O, Peralta MI 2017 | PubMed | Artículo | Estudio que pretende asociar factores como los niveles de cortisol, el estrés psicológico y los síntomas psicopatológicos como predictores de la DPP, siendo este último el más significativo. El estudio concluye en que la evaluación de la salud psicológica en el periodo perinatal puede ser clave para los profesionales a la hora de llevar una correcta atención a la maternidad. Las mujeres con síntomas de DPP tuvieron puntuaciones más altas en la escala de Edimburgo que las que no. También se observó que, gracias al estudio, las mujeres con síntomas se agrupaban entre ellas, mientras que las que no tuvieron síntomas hicieron lo propio. |
| 15 | Screening for Postpartum Depression at Paediatric Visits | Meadows M 2012 | BVS | Artículo | Las consultas pediátricas han sido identificadas como lugares óptimos para la detección de la DPP gracias a las repetidas oportunidades de interacción con la madre en el primer año postparto. En estos encuentros cobra importancia la enfermera pediátrica, que puede detectar signos y síntomas de DPP. Se considera que un Screening basado en dos preguntas sobre el estado de ánimo y la anhedonia sería suficiente: "Over the past 2 weeks, have you been down, depressed, or hopeless?" "Have you felt little interest or pleasure in doing things?". Estas preguntas deben realizarse de forma que para la madre no resulte incómodo responder. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|---|---|---------------|----------------------|---|
| 16 | Provider Report of the Existence of Detection and Care of Perinatal Depression: Quantitative Evidence from Public Obstetric Units in Mexico | De Castro F, Place JM, Allen B, Rivera L, Billings D. 2016 | BVS | Artículo | Hallazgos indican que la atención a la DPP es insuficiente, haciéndose necesarias herramientas sistemáticas para su detección y tratamiento. Un breve cuestionario de dos o tres preguntas sería útil y factible para protocolos iniciales de detección, tanto antes del parto como después. Si la puntuación de una mujer superara el límite establecido se activarían las acciones o protocolos adecuados, incluyendo la derivación a clínicas de salud mental. |
| 17 | PHQ-2 Como Primer Instrumento de Cribado de la Depresión Prenatal | Rodríguez MF, Castela PC, Olivares ME, Soto C, Izquierdo N, Ferrer FJ, et al. 2017 | PubMed | Artículo | El cuestionario PHQ-2 (2 items/cuestiones que valoran el estado de ánimo y la anhedonia) resultó válido en el estudio, con una especificidad y sensibilidad adecuadas para realizar una detección fiable de la DPP (como primer cribado), confirmándolo como un instrumento simple pero útil y contrastado. |
| 18 | A Systematic Review of Screening Instruments for Depression for Use in Antenatal Services in Low Resource Settings | Chorwe G, Chipps J 2017 | PubMed | Revisión sistemática | La Escala de Edimburgo para la DPP es el método más efectivo para la detección de la DPP dada su precisión, sensibilidad y especificidad en entornos de recursos escasos. |
| 19 | Multiple Domains of Stress Predict Postpartum Depressive Symptoms in Low-income Mexican American Women: the Moderating Effect of Social Support | Coburn SS, Gonzales NA, Luecken LJ, Crnic KA. 2016 | PubMed | Artículo | El nivel económico y el grupo social son factores que pueden afectar al desarrollo de una DPP. Con una economía escasa, y perteneciendo a minorías étnicas la prevalencia de la DPP aumenta. Sin embargo, el soporte de la familia y la comunidad, especialmente en el periodo prenatal, actúa como apaciguador de los síntomas de depresión. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|---|---|---------------|----------------------|---|
| 20 | Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. | Negron R, Martin A, Almog M, Balbierz A, Howell EA. 2014 | PubMed | Artículo | Se sabe poco acerca de las necesidades emocionales y sociales de las mujeres en el postparto. El apoyo social y familiar se ha determinado como un difuminador o efecto protector ante la DPP. Muchas madres dan por hecho que la ayuda por parte de la familia y la sociedad debería ofrecerse sin preguntar, por lo que la necesidad de ayuda que necesite la mujer depende de su punto de vista. Es necesario averiguar cuáles son las expectativas de las madres en general, para una mejora en su recuperación post parto y para la prevención de futuras DPP. |
| 21 | Análisis Etnográfico en Salas de Espera de Centros de Salud Primaria: Implicancias Para la detección y Tratamiento de la Depresión Posparto | Martínez P, Rojas G, Magaña I. 2015 | BVS | Análisis etnográfico | Las madres encuentran en los centros de atención primaria un espacio en el que hablar libremente de sus problemas, en especial en las salas de espera, donde interaccionan con otras mujeres. Algunas de ellas sienten que sus enfermeros no les brindan una atención específica en cuanto a problemas emocionales, o que no saben manejar los mismos. |
| 22 | Screening and Counselling for Postpartum Depression by Nurses: The Women's Views | Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT 2010 | BVS | Artículo | Estudio en madres tanto de alta capacidad económica como de baja que determina que una mayoría indiscutible de las mujeres encuestadas acepta y cree necesario que las enfermeras impartan consejo para salud mental (DPP), así como detección. De la muestra de estudio, un 15% de las mujeres de economía elevada tenía o tuvo DPP, mientras que en el grupo de economía suponían un 22%. El estudio se basa en el hecho de que las enfermeras mantienen contacto regular con las madres en el periodo perinatal. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|--|--|---------------|--|--|
| 23 | Nursing Care for Postpartum Depression, Part 1: Do Nurses Think They Should Offer Both Screening and Counselling? | Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT 2011 | BVS | Artículo | Continuación del estudio anterior, en el que se valora el punto de vista de las enfermeras ante la idea de ofrecer consejo a mujeres con DPP moderada y detección mediante una sencilla herramienta de cribado. Un 67,1% está de acuerdo con que deberían ofrecer detección mediante una herramienta sencilla, y que la consulta de la matrona es el mejor espacio para hacerlo. Un 93,7% opina que es correcto que se ofrezca consejo, de las cuales la mitad ya lo hace habitualmente. |
| 24 | Enhancing Reciprocal Partner Support to Prevent Perinatal Depression and Anxiety: a Delphi Consensus Study | Pilkington P, Milne L, Cairns K, Whelan T. 2016 | PubMed | Estudio Delphi consensus | La información que pueden obtener los padres sobre el embarazo y el parto está ampliamente divulgada, mientras que el entendimiento de los padres sobre la salud mental perinatal es normalmente limitado. Las clases impartidas ante del parto no mencionan el ajuste emocional que debe hacerse ante la paternidad. Profesionales y consumidores coinciden en impartir recomendaciones sobre este campo a los futuros padres es necesario. |
| 25 | A cluster randomised controlled trial of a brief couple-focused psychoeducational intervention to prevent common postnatal mental disorders among women: study protocol. | Lorgelly P, Ranasinha S, Wynter K, Rowe H, Fisher J, Amir LH, et al. 2014 | PubMed | Ensayo controlado aleatorizado grupal. Protocolo de estudio. | Valoración de la efectividad de la herramienta What Were We Thinking, dirigida a la educación psicológica de los futuros padres en cuanto a la relación de pareja, el manejo del comportamiento del niño y la fatiga como padres. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|--|---|---------------|---|---|
| 26 | Protocol for economic evaluation alongside a cluster-randomised controlled trial of a psychoeducational intervention for the primary prevention of postnatal mental health problems in first-time mothers. | Ride J, Lorgelly P, Wynter K, Rowe H, Fisher J. 2014 | PubMed | Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. Protocolo de evaluación económica | Valoración coste-efectiva de la herramienta What Were We Thinking, dirigida a la educación psicológica de los futuros padres en cuanto a la relación de pareja, el manejo del comportamiento del niño y la fatiga como padres. |
| 27 | Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomised controlled trial. | Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J, Amir LH, et al. 2016 | PubMed | Ensayo controlado aleatorizado grupal | Valoración de la efectividad de la herramienta What Were We Thinking, dirigida a la educación psicológica de los futuros padres en cuanto a la relación de pareja, el manejo del comportamiento del niño y la fatiga como padres. La herramienta ha resultado fiable y está preparada para incluirse en Atención Primaria como primer paso hacia un acercamiento de la población a los cuidados de la salud mental. |
| 28 | Preventing Postnatal Maternal Mental Health Problems Using a Psychoeducational Intervention: the Cost-Effectiveness of What Were We Thinking | Ride J, Lorgelly P, Tran T, Wynter K, Rowe H, Fisher J. 2016 | PubMed | Artículo | Valoración de la efectividad de la herramienta <i>What Were We Thinking</i> , dirigida a la educación psicológica de los futuros padres en cuanto a la relación de pareja, el manejo del comportamiento del niño y la fatiga como padres. Se observó una disminución de la prevalencia en la DPP, aumentando la probabilidad de que la intervención en la práctica sea coste-efectiva. |

| Nº | TÍTULO | AUTORES Y AÑO DE PUBLICACIÓN | BASE DE DATOS | TIPO DE DOCUMENTO | PRINCIPAL APORTACIÓN |
|----|--|--|-----------------------------|--------------------------------|--|
| 29 | Randomized Controlled Trial to Prevent Postpartum Depression in Mothers on Public Assistance | Zlotnick C, Tzilos G, Miller I, Seifer R, Stout R. 2017 | PubMed | Ensayo controlado aleatorizado | Evaluación de la eficacia de una intervención psicosocial en asistencia sanitaria pública para la prevención de la DPP. Las participantes formaban partes de diferentes etnias, grupos sociales y economías. A los 6 meses tras el parto, un 16% del grupo en el que se había realizado la intervención padecía DPP, frente a un 31% del grupo de control, siendo así estadísticamente significativa. |
| 30 | Evaluación Psicosocial Prenatal para la Reducción de la Morbilidad en Salud Mental Perinatal | Austin MP, Priest S, Sullivan E. 2008 | La Biblioteca Cochrane Plus | Revisión bibliográfica | Revisión de estudios enfocados al abordaje psicosocial prenatal por parte de los profesionales que más tiempo vayan a pasar con las mujeres, así como su evaluación. Los autores concluyen en que hasta la fecha de la revisión los estudios acogían una muestra demasiado pequeña, y por tanto no concluyente, debiendo realizarse nuevos estudios más efectivos por el aspecto prometedor de los anteriores. |

ANEXO II

CRITERIOS DEL MANUAL DSM-5 PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO

Table 1. DSM-5 Criteria for Major Depressive Disorder

- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.
- Note:** Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.
1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
 2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
 3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
 4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
 5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
 6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
 7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
 8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
 9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.
- B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.
- Note:** Criteria A-C represent a major depressive episode.
- Note:** Responses to a significant loss (e.g., bereavement, financial ruin, losses from a natural disaster, a serious medical illness or disability) may include the feelings of intense sadness, rumination about the loss, insomnia, poor appetite, and weight loss noted in Criterion A, which may resemble a depressive episode. Although such symptoms may be understandable or considered appropriate to the loss, the presence of a major depressive episode in addition to the normal response to a significant loss should also be carefully considered. This decision inevitably requires the exercise of clinical judgment based on the individual's history and the cultural norms for the expression of distress in the context of loss.
- D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders.
- E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode. **Note:** This exclusion does not apply if all of the manic-like or hypomanic-like episodes are substance-induced or are attributable to the physiological effects of another medical condition.

DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.

Reprinted with permission from the American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013:160-161.

FUENTE: Langan RC, Goodbred AJ. Identification Management of Peripartum Depression. American family Physician Journal [Internet]. Mayo 2016 [citado 20 febrero 2018]; 93(10): 852-858. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2016/0515/p852.html>

ANEXO III

CUESTIONARIO PHQ-2

TOOL 1. The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Instructions: Print out the short form below and ask patients to complete it while sitting in the waiting or exam room.

Use: The purpose of the PHQ-2 is not to establish a final diagnosis or to monitor depression severity, but rather to screen for depression as a "first-step" approach.

Scoring: A PHQ-2 score ranges from 0 to 6; patients with scores of 3 or more should be further evaluated with the PHQ-9, other diagnostic instrument(s), or a direct interview to determine whether they meet criteria for a depressive disorder.

| Patient Name: _____ Date of Visit: _____ | | | | |
|---|------------|--------------|--------------------------------|------------------|
| Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? | Not at all | Several days | More than one-half of the days | Nearly every day |
| 1. Little interest or pleasure in doing things | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Feeling down, depressed, or hopeless | 0 | 1 | 2 | 3 |



FUENTE: Kroenke k, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. Medical Care [Internet]. 2003 [citado 20 marzo 2018]; 41: 1284-1292. Disponible en: <http://thomasvillepediatrics.com/wp-content/uploads/2016/04/LI042-IG-tools.pdf>

ANEXO IV

ESCALA DE EDIMBURGO PARA LA DEPRESIÓN POSTPARTO

Escala de depresión post-parto de Edimburgo

Como hace poco usted tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una cruz el número correspondiente a la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

Ejemplo:

| |
|-------------------------------------|
| 0 |
| <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 |
| 3 |

| 1. He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas | Tanto como siempre | 0 |
|---|--|---|
| | No tanto ahora | 1 |
| | Mucho menos ahora | 2 |
| | No, nada | 3 |
| 2. He disfrutado mirar hacia adelante | Tanto como siempre | 0 |
| | Menos que antes | 1 |
| | Mucho menos que antes | 2 |
| | Casi nada | 3 |
| 3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mi misma innecesariamente | Sí, la mayor parte del tiempo | 3 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | No con mucha frecuencia | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 4. He estado nerviosa e inquieta, sin tener motivo | No, nunca | 0 |
| | Casi nunca | 1 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | Sí, con mucha frecuencia | 3 |
| 5. He sentido miedo o he estado asustadiza, sin tener motivo | Sí, bastante | 3 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | No, no mucho | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 6. Las cosas me han estado abrumando | Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto | 3 |
| | Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre | 2 |
| | No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien | 1 |
| | No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre | 0 |
| 7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir | Sí, la mayor parte del tiempo | 3 |
| | Sí, a veces | 2 |
| | No con mucha frecuencia | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 8. Me he sentido triste o desgraciada | Sí, la mayor parte del tiempo | 3 |
| | Sí, bastante a menudo | 2 |
| | No con mucha frecuencia | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando | Sí, la mayor parte del tiempo | 3 |
| | Sí, bastante a menudo | 2 |
| | Sólo ocasionalmente | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| 10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño | Sí, bastante a menudo | 3 |
| | A veces | 2 |
| | Casi nunca | 1 |
| | No, nunca | 0 |
| Total | | |

Observaciones

FUENTE: Gobierno de Chile, Chile Crece Contigo. Escala de Depresión Post-Parto de Edimburgo. Chile Crece Contigo. [Internet]. 2013 [citado 20 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Escala-de-Depresion-Postparto-Edimburgo.pdf>

ANEXO V

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE LA DEPRESIÓN POSTPARTO



¿Qué debo hacer si creo que estoy deprimida?

- Hable con su familia y amigos y no tenga miedo de pedirles ayuda. Pueden ayudarla a cuidar de su hijo cuando necesite tiempo para sí misma.
- Pase tiempo con las personas a las que quiere.
- Salga a la calle, dar un paseo con su hijo puede ser beneficioso para ambos.
- Hable con otras madres, se sorprenderá de cuántas han pasado por lo mismo y pueden aconsejarle.
- Hable con su médico o matrona, pueden ayudarle a encontrar el tratamiento más adecuado en su situación.
- Si piensa en hacerse daño a sí misma o a su bebé, pida ayuda inmediatamente.

La Depresión Postparto **puede tratarse con ayuda profesional.**
La **terapia** y los **medicamentos** pueden ayudar.
Además, algunos medicamentos **son seguros durante la lactancia materna.**

¿Qué es la Depresión Postparto?



La Depresión Postparto

El embarazo y el nacimiento de un hijo son acontecimientos vitales de gran importancia, pero en ocasiones, tener un bebé puede suscitar preocupación, cansancio y tristeza.

Normalmente estos sentimientos no duran mucho, pero si persisten pueden indicar que usted está sufriendo depresión.

La **Depresión Postparto** es una enfermedad que se caracteriza por una **tristeza persistente** y por la **pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta**, así como por la **incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.**

La Depresión Postparto es muy frecuente, afecta a una de cada seis mujeres.

¿Cuáles son los síntomas?

La depresión puede manifestarse como pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio.

¿Qué ocurre si no se trata?

La depresión sin tratar puede alargarse indefinidamente en el tiempo. Además, puede afectar al desarrollo intelectual y emocional de su hijo, y al vínculo que mantiene con usted. También puede afectar a la dinámica familiar y a aquellos que la rodean.

Recuerde, la Depresión Postparto es muy frecuente. Si cree que puede padecerla, pida ayuda.

¡No está sola!

Para más información acude a la consulta de tu matrona

 Escuela Universitaria de Enfermería - Huesca
Centro adscrito
Universidad Zaragoza

FUENTE: Elaboración propia. Basado en el folleto informativo sobre la DPP de la OMS para las Campañas Mundiales de Salud Pública.¹

ANEXO VI

CUESTIONARIO DE IDEAS PREVIAS Y POSTERIORES

CONOCIMIENTOS SOBRE LA DPP

Gracias por acudir a nuestra sesión informativa. Este cuestionario se realizará antes y después de la sesión (se facilitarán dos copias). Posteriormente se compararán las respuestas para evaluar el aprendizaje, ayudándonos a comprender las necesidades informativas que requieren las familias. Los cuestionarios son anónimos, pero para poder compararlos después le pedimos que nos indique abajo sus dos primeras iniciales. Por favor, responda brevemente a las siguientes preguntas:

- 1. ¿Qué entiende usted por Depresión Postparto?**

- 2. ¿Cree que es un problema común?**

- 3. ¿Considera que es culpa de la madre padecerla?**

- 4. ¿Considera importante que se trate a tiempo?**

- 5. ¿Cree que puede tener repercusiones graves?**

- 6. ¿Cree que sabría distinguirla si la padeciera?**

- 7. ¿Sabría a quién acudir si sospechara que pudiera padecerla?**

INICIALES:

CUESTIONARIO 1 / 2

FUENTE: Elaboración propia.

ANEXO VII

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA SESIÓN INFORMATIVA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Gracias por acudir a nuestra sesión informativa. Por favor, ayúdenos a mejorar rellenando esta encuesta de satisfacción. La encuesta es anónima, por lo que no hace falta que indique su nombre.

Rodee la opción que considere adecuada para usted.

- **¿Conocía la Depresión Postparto antes de la charla?**
SI NO
- **¿Cree que su conocimiento sobre el tema ha aumentado?**
SI NO
- **¿Cree que es de utilidad impartir estas charlas?**
SI NO
- **¿Han sido resueltas todas sus dudas?**
SI NO
- **¿Recomendaría la charla a otras madres y a sus familiares?**
SI NO
- **Por favor, indique el grado de satisfacción sobre la sesión (0 mínima, 10 máxima).**
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FUENTE: Elaboración propia

