



Trabajo Fin De Grado

Programa de educación para la salud dirigido a mujeres embarazadas con el fin de prevenir la depresión postparto

Health educational program adressed to pregnant women to prevent postpartum depression

Autora

Lorena García Royuela

Directora

Laura Lasso Olayo

Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud.

Año 2020.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. OBJETIVOS.....	9
4.1. Objetivo general	9
4.2. Objetivos específicos.....	9
5. METODOLOGÍA.....	10
6. DESARROLLO.....	11
6.1. <i>Determinación de los objetivos del programa.....</i>	11
6.2. <i>Captación de la población diana.....</i>	11
6.3. <i>Estimación de recursos necesarios.....</i>	12
6.4. <i>Determinación de las actividades.....</i>	13
6.5. <i>Cronograma.....</i>	17
6.6. <i>Evaluación del programa.....</i>	17
7. CONCLUSIONES.....	18
8. BIBLIOGRAFÍAS.....	19
9. ANEXOS.....	21

1. RESUMEN.

La depresión postparto en la actualidad, representa la principal complicación perinatal, así como un problema de salud pública, con cifras de prevalencia mundial que oscilan entre un 10 y un 20%.

Durante el puerperio, el cuerpo de una mujer sufre numerosos cambios a nivel hormonal, que, junto con factores externos o la existencia de patología psiquiátrica previa pueden desencadenar la depresión postparto.

Este trastorno afecta directamente a la salud física y mental de la madre así como a la de su hijo recién nacido. La inestabilidad emocional que la acompaña desestabiliza el vínculo materno filial establecido desde el nacimiento.

Tras llevar a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos, se ha evidenciado que las mujeres embarazadas no disponen de los suficientes conocimientos para poder abordar el problema en caso de aparición.

Un adecuado abordaje biopsicosocial, junto con una temprana información, constituyen dos herramientas clave para empoderar a las mujeres embarazadas respecto a este trastorno y así, evitar que la depresión postparto desencadene consecuencias mayores.

El presente trabajo tiene como objetivo llevar a cabo un programa de educación para la salud dirigido a mujeres embarazadas con el fin de paliar la desinformación que acompaña a este prevalente trastorno.

PALABRAS CLAVE: *Depresión postparto, postpartum depression, maternidad, periodo puerperal, patología psiquiátrica.*

ABSTRACT.

Nowadays, postpartum depression represents the main perinatal complication, as well as a public health trouble. Mundial prevalence of postpartum depression is around 10 and 20%.

After giving birth, woman body suffers from different hormonal changes; this fact along with external factors and previous psicologycal disease can lead postpartum depression.

Postpartum depression has a very direct impact on woman and baby health. It triggers an emotional inestability that affects the relation between the mother and her newborn baby.

After accomplish a bibliographic review it has been proved that pregnants do not have enough knowledge to face the disease in case of appearance.

A biopsychosocial approaching along with an early information represent two essential tools to empower pregnant women during this period, so worse consequences can be avoided.

This review aims implement a health educational program adressed to pregnant women so they can be given the correct information to face this prevalent disease in case of appearance.

2. INTRODUCCIÓN.

Los procesos psíquicos inherentes a la maternidad y al nacimiento suelen ser desatendidos; de tal forma que la atención ha quedado centrada exclusivamente a los aspectos físicos de la madre y su hijo. Sin embargo, los trastornos mentales puerperales constituyen una patología más prevalente de lo que la sociedad conoce, conllevan diversas consecuencias y pueden derivar en problemas mayores para la vida de una madre y su hijo recién nacido (1).

Una de las definiciones más aceptadas con respecto a la depresión postparto es la siguiente: una depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto (2) (3).

La depresión postparto no solo afecta a la madre. Cuando no se trata debidamente, las consecuencias de este trastorno afectan a los familiares más próximos, y sobre todo, al recién nacido. Este trastorno posee un efecto no deseado en el desarrollo emocional del bebé ya que la relación madre e hijo es un vínculo forjado desde el nacimiento. En ocasiones, las mujeres llevan a cabo conductas irresponsables hacia sus hijos, descargando en ellos su frustración y culpabilidad (4).

La maternidad es un acontecimiento que suele verse idealizado por la sociedad y por tanto no siempre es abordado con objetividad. Frecuentemente las futuras madres piensan que el nacimiento de su hijo va a ser un momento pleno de felicidad que no puede ser eclipsado por sentimientos de tristeza. Lo cierto es que pocas madres reciben la información adecuada acerca de la realidad de la maternidad. Por ese motivo, muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas. Muchas de ellas temen revelar sus sentimientos de tristeza por temor a defraudar a los demás y no ser comprendidas. Así pues, no consultan a profesionales sanitarios y esperan que ese malestar desaparezca por sí solo (3) (5).

Por otra parte, los profesionales de la salud tienden a centrarse más en la salud física de la madre y de su hijo y no tanto en la salud mental de la primera. De esta forma, el alta hospitalaria suele coincidir con el inicio de la enfermedad (6).

Así pues, se evidencia el importante papel de los profesionales sanitarios en atención primaria, ya que son estos los que deben identificar los posibles factores de riesgo así como proporcionar una correcta educación sanitaria como parte del tratamiento obstétrico (6).

La clínica de la depresión postparto no difiere de la clínica de depresión en otras etapas de la vida, así, existe depresión del estado de ánimo y sentimientos de culpa, pero destacan los sentimientos disfóricos, como la tendencia al llanto y la labilidad emocional sobre todo dirigidos al llanto del niño o hacia su cónyuge (7).

Según diversas asociaciones de psiquiatría, los síntomas emocionales que se relacionan con la depresión postparto son los siguientes: gran ansiedad, crisis de angustia, sentimiento de insuficiencia o incapacidad, desinterés por el nuevo hijo, ideas de culpa referidas a la situación de la maternidad, llanto espontáneo e ideas recurrentes de muerte (7) (8).

A la sintomatología citada se pueden añadir síntomas físicos como problemas digestivos, pérdida de apetito, incomodidad física, alteraciones del sueño (bien sean por defecto o por exceso), cefaleas intensas o sensación de fatiga. También, desapego y falta de afectividad acompañado a una disminución de la libido e inapetencia sexual (6).

Frecuentemente, estos cuadros suelen ser desatendidos al confundirlos con disforias y no con depresiones, en especial cuando aparecen varios días después del parto. Para verificar si una mujer padece depresión posparto, es frecuente el uso de la escala de Edimburgo (ANEXO 1), la cual ayuda a realizar una correcta evaluación clínica para verificar el diagnóstico (6).

Al igual que en otros trastornos psiquiátricos, la etiología de este trastorno no obedece a una sola causa, sino que corresponde a una combinación de factores psicológicos, corporales y del estilo de vida que hacen más vulnerable a la mujer que acaba de ser madre (9).

Diversos factores confluyen en la génesis de este trastorno, entre los que se encuentran la edad, el apoyo social, los cambios hormonales, los eventos estresantes o la existencia de enfermedad mental previa (7).

Con referencia a la edad, tanto las mujeres más jóvenes como las de más edad tienen un mayor riesgo de presentar depresión postparto (10).

Los esteroides gonadales, el estrógeno y la progesterona, participan en la aparición de la depresión por un efecto directo en diversas áreas del sistema nervioso central. Los estrógenos presentan un marcado efecto antidepresivo: incrementan la síntesis de noradrenalina y actúan desplazando el triptófano de la albúmina, quedando éste libre para la síntesis de serotonina. También disminuyen la actividad de la monoaminooxidasa (MAO) (7).

La disminución abrupta de los niveles de estas hormonas tras el parto pueden desembocar en depresión en algunas mujeres, ya que desencadenan una cascada de emociones que afectan a la autoestima de la madre, siendo más frecuente en aquellas con antecedentes de *síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual* (7) (11).

Así mismo, aquellas mujeres que hayan padecido depresión en algún momento de su vida o que reciben tratamiento para esta, constituyen un grupo de riesgo respecto a este trastorno (9).

El último factor de riesgo que influye en la aparición de la depresión postparto viene relacionado con la falta de apoyo a la mujer. La pareja de la madre, así como su familia constituyen un pilar fundamental para afrontar la nueva situación. Algunas mujeres carecen de este apoyo y se sienten agotadas tanto física como mentalmente, y es posible que tarden varios días e incluso semanas en recuperarse completamente del parto, potenciando los estados de ansiedad ya presentes (9).

La probabilidad que posee una mujer de ser ingresada en una unidad psiquiátrica en los 30 días posteriores al parto es de 7 a 8 veces mayor que el riesgo de ser hospitalizada en otro momento de su vida. En las primíparas y en las mujeres que padecen psicosis este riesgo aumenta en casi 30 veces más (7).

La frecuencia mundial de esta enfermedad según diversos autores fluctúa de un 10 a un 20%, con un rango de unos 20 a 200 casos por cada 1000 nacimientos (12).

Por otra parte, cabe destacar que la prevalencia de depresión postparto en España es del 10-15%, siendo la complicación más común para las mujeres que acaban de tener un bebé (13).

Así mismo la revista biomédica *Medwave* también indica al respecto: *"No hay ningún período en la vida de la mujer en que tenga más riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas que en los 30 días que siguen al período postparto lo que transforma el hecho de dar a luz en la causa más frecuente de depresión médica, hecho que con frecuencia es ignorado"* (7).

La prevalencia de la depresión postparto supera a la de otros problemas obstétricos tales como preeclampsia o parto prematuro, y, a pesar de representar un problema de salud pública, se ha evidenciado que la mayoría de las pacientes no reciben la ayuda profesional necesaria (12)(13).

Frecuentemente, son los familiares quienes instan a la madre a acudir a la consulta en busca de ayuda, refiriendo notar un cambio en el comportamiento de la madre, limitaciones en rutinas cotidianas o cambios muy fuertes de humor. Otras veces es el propio paciente quien solicita la ayuda. El tiempo de tratamiento y su duración varían en función de la gravedad de la depresión y de las necesidades individuales (14).

Generalmente, la depresión postparto se trata con psicoterapia, tratamiento farmacológico, o ambos (15) .

La depresión tiene un marcado componente bioquímico por lo que el tratamiento farmacológico resulta de gran ayuda. Los antidepresivos tricíclicos han demostrado un efecto beneficioso en este trastorno, pero últimamente se ha observado una mejor respuesta con los denominados ISRS: *paroxetina, sertralina, fluoxetina* y escitalopram, concretamente. Es fundamental que el facultativo prescriba aquellos fármacos compatibles con la lactancia materna, puesto que se ha evidenciado un aumento de los abandonos de la lactancia en mujeres con tratamiento farmacológico (12).

Sin embargo, la psicoterapia constituye el eje central del tratamiento. La terapia cognitivo-conductual o bien la terapia interpersonal son dos tipos de psicoterapia muy utilizadas en el abordaje de este trastorno. Desde una perspectiva biopsicosocial, el profesional de la salud debe hacer entender a la madre que estos síntomas no representan un fracaso ni una derrota; deben explicarse los rasgos generales de la enfermedad además de ofrecer información sobre los factores que en ella intervienen, manteniendo informada a la paciente y a sus familiares de los cambios que se van a suceder en su cuerpo y mente durante esta etapa. Se indicarán alternativas y pronósticos y en un último punto se anima a la paciente a expresar sus sentimientos y pensamientos (16) (17).

3. JUSTIFICACIÓN.

La desinformación por parte de las futuras madres y la prevalencia de la depresión postparto, ponen de manifiesto la necesidad de realizar un abordaje integral de la mujer embarazada mediante un programa de educación para la salud que dote a las pacientes de las herramientas para poder abordar el problema en caso de aparición.

4. OBJETIVOS.

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un programa de educación para la salud dirigido a mujeres embarazadas y a sus parejas con el fin de abordar la desinformación que acompaña a este frecuente trastorno.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Brindar información adecuada sobre la depresión postparto a mujeres embarazadas.
- Explicar la realidad de la maternidad una vez que el bebé nace con el fin de normalizar los sentimientos de frustración.
- Empoderar a las futuras madres proporcionando herramientas para conseguir un postparto de calidad.

5. METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión bibliográfica con el fin de conocer datos acerca de la depresión postparto además del conocimiento que las mujeres embarazadas tenían acerca de este trastorno. A partir de ello se valora la importancia y la necesidad de llevar a cabo un programa de educación para la salud así como de establecer unos objetivos en función de las necesidades actuales.

Para ello se utilizaron las bases de datos PubMed, Scielo, Google Académico, Medline y Science direct.

Bases de datos	Criterios "DecS" y operadores booleanos "OR" Y "AND".	Artículos	Seleccionados
Pubmed	Depression Postpartum Maternity	14	3
Scielo	Depresión Postparto Factores de riesgo	10	5
MEDLINE	Depresión Postparto	7	3
Science Direct	Depresión Postparto Prevalencia	9	5
Google Académico	Depresión Postparto Enfermería	15	5
TOTAL		55	21

6. DESARROLLO.

El programa de educación para la salud diseñado se dirige a aquellas mujeres embarazadas, con un rango de edad de 18 a 50 años, usuarias del centro de salud de Valdespartera y acudan a la consulta de atención primaria con su matrona.

El objetivo es explicar a las futuras madres, con o sin riesgo de padecer depresión postparto, las características principales de este problema de salud, de tal forma que dispongan las herramientas para identificarlo y saber actuar.

Para la implantación de este programa de salud, se ha elegido la ciudad de Zaragoza, y más concretamente el centro de salud de Valdespartera, ya que es este barrio el que registra la mayor tasa de natalidad de la ciudad, así como más número de mujeres en edad de concebir.

La captación de la población diana será llevada a cabo por la matrona de este centro de atención primaria. En primer lugar, la matrona en su consulta proporciona información sobre la depresión postparto a sus pacientes habituales. De esta forma se empiezan a identificar los conocimientos que poseen al respecto.

Para ello, se les proporcionará un cuestionario que deben rellenar (ANEXO 2) y que entregarán a la matrona en la siguiente consulta. Aquellas mujeres que según el cuestionario, sean más vulnerables a presentar depresión postparto, tendrán un seguimiento especial por parte de la matrona una vez que hayan dado a luz.

En el mismo momento de la consulta se les proporcionará un tríptico informativo que explica brevemente el desarrollo del programa animando a las mujeres a participar.

Además, se colgarán carteles informativos por todo el centro de salud y finalmente, la página web del centro colgará rutinariamente diversos anuncios sobre la dinámica de las sesiones incluidas en el programa.

Las mujeres que confirmen su asistencia deben comunicárselo previamente a su matrona para fijar un número de asistentes a las sesiones.

Los recursos que se creen necesarios para una correcta implantación del programa de salud son los siguientes:

RECURSOS MATERIALES	PRESUPUESTO ESTIMADO
Sala aportada por el propio centro de salud, previamente reservada.	50€, precio estimado para una hora de alquiler. Total: 225€
Medios audiovisuales: un proyector que permita divulgar la información deseada, junto con pantalla de proyección.	200€.
Ordenador portátil.	Sin estimación, será aportado por las enfermeras.
Bolígrafos.	4€.
Cuestionarios a rellenar por las pacientes.	5€ para su impresión.
Varias sillas que se colocan formando un círculo.	Material incluido en el alquiler de la sala.
Pelotas tipo "fitball".	100€ en total, se compran 10 por un precio estimado de 10€.
Carteles informativos colocados por el centro de atención primaria.	5€ para su impresión.
Anuncios en página web que informan sobre el programa de salud.	10€/h trabajada en ellos. Total 30€.
Trípticos informativos.	5€ para su impresión.
RECURSOS HUMANOS	
Enfermera especialista en salud mental.	40€/h de sesión. Total 180€.
Enfermera matrona.	40€/h de sesión. Total 180€.
TOTAL: 934€.	

En total se llevan a cabo 3 sesiones, cada una con una duración aproximada de 90 minutos, que se desarrollan en la sala multiusos del centro de salud de Valdespartera, Zaragoza.

Las sesiones se imparten semanalmente, así pues la duración total del programa será de tres semanas. En función de la cantidad de mujeres que confirmen su asistencia, será necesario realizar más de una sesión diferente por semana.

En ella participarán grupos de aproximadamente 10 mujeres, y sus respectivas parejas si desean acudir, con el objetivo de fomentar la interacción y la participación entre ellas.

A continuación se exponen las actividades incluidas en el programa:

SESIÓN 1. *¿Qué sabes de la depresión postparto?*

El objetivo de esta primera sesión es conseguir que las mujeres embarazadas se aproximen a la idea de depresión posparto.

En esta primera sesión se pide a las mujeres participantes que se presenten, y así lo hacen las enfermeras, consiguiendo un ambiente de calidez y confianza.

En primer lugar cada una de ellas expresa en voz alta lo que conoce sobre la depresión postparto. Las parejas que hayan decidido acompañar a las participantes también serán animados a que expresen su opinión.

A continuación, la enfermera especialista en salud mental comienza a explicar en qué consiste realmente la depresión postparto. Para ello, se apoya de una presentación tipo *Power Point* con la que se define el trastorno, se exponen los síntomas más característicos, así como su prevalencia de tal modo que las mujeres comiencen a familiarizarse con él.

Para explicar las consecuencias de la disminución abrupta de hormonas, la enfermera utilizará gráficas y dibujos para facilitar el entendimiento.

Al finalizar esta exposición, la enfermera pedirá de nuevo que las pacientes expresen que si lo que pensaban antes de acudir a la sesión se parece a lo que se les ha explicado, a fin de contrastar opiniones.

Para terminar esta primera sesión, se procede a explicar una serie de ejercicios de relajación, que pueden ser de utilidad tanto en el embarazo como en el postparto. Para ello se utiliza una pelota tipo "fitball" y se pide a las mujeres que se coloquen formando un círculo. La matrona explicará los ejercicios a realizar.

SESIÓN 2. Desechando mitos.

El objetivo de esta segunda sesión es desmitificar la maternidad ideal con el fin de evitar los sentimientos de frustración que pueden aparecer durante el postparto.

Al inicio de esta segunda sesión, se espera que las participantes hayan establecido un vínculo de confianza con sus compañeras así como con las enfermeras de tal forma que sea más fácil el entendimiento entre ellas.

En este programa de salud se pretende que la mujer se sienta involucrada en las sesiones por lo que para comenzar esta segunda sesión, se procede a preguntar a cada una de ellas sobre las expectativas que poseen acerca de la maternidad. Se les anima a que expresen cualquier idea que ellas relacionen, tanto positiva como negativa.

Durante el desarrollo de la sesión, la matrona explica todos aquellos aspectos de la maternidad, exponiendo que las mujeres pueden verse influenciadas por el entorno: tanto por el contenido digital (películas, redes sociales...) como por el personal, bien sea por familiares o por amistades.

Se explica que la sociedad idealiza algunos momentos de la maternidad que cada madre vive de una manera. De esta forma, se pretende hacer entender a las futuras madres que cada una va a experimentar la maternidad de un modo y que el modo elegido por cada madre será el correcto para su bebé. Con esto se pretende dejar atrás los sentimientos de frustración que pueden aparecer a través de las comparaciones.

A continuación se introduce un ejercicio práctico, el llamado "*juego de los mitos*" en el que se repartirán afirmaciones entre las participantes, y estas tienen que acertar si se tratan de mitos o de realidades. Cada una de ellas dispone de una cartulina con la palabra "mito" y otra con la palabra "realidad". Deberán justificar su respuesta. Después, la matrona explicará la realidad acerca de cada afirmación.

Con este juego práctico se pretende que las futuras madres se aproximen a lo que pueden experimentar durante el postparto de una manera natural y sobretodo, real.

SESIÓN 3. "*Posparto: el perfecto desconocido*".

El objetivo de esta sesión es proporcionar información real y adecuada sobre la etapa puerperal.

En esta sesión es importante que las mujeres acudan acompañadas de sus parejas, para que se vea desde el primer momento que la pareja es un apoyo fundamental en esta etapa.

Como punto de partida en esta última sesión, se expone de manera clara que los días después del parto son considerados una etapa difícil en la vida de una mujer y su pareja y se cree necesario que esta realidad sea conocida.

Para ello, la matrona se apoya de una presentación *Power Point* incidiendo en 3 puntos básicos del postparto y que resultan vitales para la prevención del trastorno: la alimentación, el descanso y el apoyo emocional.

Para cuidar es imprescindible cuidarse. Se explica a las mujeres que es fundamental una alimentación equilibrada durante el postparto, sobre todo si se está dando el pecho. Una correcta alimentación ayuda a conseguir que las mujeres se sientan mejor consigo mismas, además de poseer mayor energía, tan necesaria en esta etapa.

Además, durante este periodo es fundamental tener un descanso de calidad, a pesar de ello no siempre se consigue por los diferentes horarios de sueño del bebé y/o por el llanto del mismo.

Se ha demostrado que un profundo cansancio en la madre está directamente relacionado con la depresión postparto. Se aconseja a las mujeres que duerman cuando el bebé duerma.

Por último, es imprescindible el acompañamiento de las parejas. El postparto es una situación límite en la vida de una pareja, y puede tener consecuencias negativas para ellas. Sin embargo, la inestabilidad emocional que puede sufrir la madre hace necesaria la presencia de su pareja para brindar apoyo. La confianza entre ellos es fundamental y se recomienda nunca descuidar a sus parejas, sino reforzar la comunicación entre ambos para evitar posibles estados de ansiedad y tristeza.

Se explica que estos puntos que pueden darse por hecho durante el embarazo, no deben ser descuidados durante el postparto.

Se hace énfasis en que la matrona representa un punto de apoyo durante toda esta etapa y que no deben dudar en solicitar su apoyo o el de la enfermera especialista en salud mental.

Antes de terminar, se procede a repartir un último cuestionario (ANEXO 3), a partir del cual, las enfermeras valorarán los conocimientos adquiridos.

Mediante un cronograma se planearán las distintas etapas del trabajo, permitiendo visualizar las fases del trabajo así como su duración:

ACTIVIDAD	DURACIÓN	1ºMES				2ºMES				3ºMES				4ºMES			
	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planificación.		■															
Búsqueda bibliográfica.			■	■													
Establecimiento de objetivos.					■												
Planificación de actividades.						■	■	■									
Estimación de recursos.										■	■						
Búsqueda población diana.											■	■	■				
Primera sesión														■			
Segunda sesión															■		
Tercera sesión.																■	
Evaluación.														■	■	■	■

Fuente: Elaboración propia.

EVALUACIÓN.

La evaluación constituye una parte fundamental del programa, puesto que permite realizar modificaciones y mejorar el programa de salud para futuras implantaciones, adecuándose a las necesidades de las pacientes.

Se procede a evaluar si los objetivos del programa de salud han sido alcanzados, así como si los conocimientos han sido interiorizados.

Para ello, las enfermeras utilizan un cuestionario (ANEXO 3) que las asistentes deben completar al finalizar las sesiones. Cada pregunta será valorada con un punto, si la respuesta es satisfactoria según los objetivos que se pretendían alcanzar se puntuará con el punto entero. Si el cómputo global de los puntos es mayor de 5, se considera que el programa de salud ha sido efectivo para esa persona.

El cuestionario citado se compara con el entregado al inicio del programa, (ANEXO 2). El análisis de ambos cuestionarios será lo que permita efectuar una evaluación objetiva y completa del programa.

7. CONCLUSIONES.

En la actualidad, las mujeres carecen de la información necesaria sobre la depresión postparto, lo que dificulta que, en caso de aparición, las afectadas sepan reconocer los síntomas y pedir ayuda profesional.

De esta forma se evidencia la necesidad de realizar un programa de educación para la salud con el objetivo de paliar la mencionada desinformación que afecta a tantas mujeres embarazadas.

Al finalizar las sesiones, se observa que más de la mitad de las mujeres ya sabrían cómo reconocer la enfermedad, y asimismo afirman que les ha ayudado para ver a su pareja como un punto de apoyo.

Muchas mujeres recalcan que su perspectiva respecto al postparto antes de empezar el programa era muy diferente a la actual, lo que evidencia que la existencia de mitos sobre la maternidad es un hecho.

Por último, se observa que las mujeres confían en su matrona y refieren que recomendarían este programa a más mujeres embarazadas.

Cabe decir que el personal de enfermería debe potenciar la implantación de este tipo de programas en los centros de atención primaria, puesto que una adecuada información temprana ayudaría a disminuir la aparición de complicaciones postparto.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. *Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Perinatal Depressive Symptoms: Prevalence and Associated Psychosocial Factors. Rev Colomb Psiquiatr. 2019 Jul 1;48(3):166–73.*
2. *Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol y Reprod humana. 2013;*
3. *MedlinePlus. Depresion posparto [Internet]. Vol. 315, National Library of Medicine (US). 2016 [cited 2020 Apr 21]. p. 380–7.*
4. *Valencia S. La depresión Postparto. Universidad publica de Navarra. 2015.*
5. *Gonzalez Chorda V, Cremades Puerto J, Perez Cantó V, Gil FH, Maciá Soler L. Validación de una herramienta de prescripción de cuidados básicos estandarizados y evaluables con temporalidad. Enfermería Glob. 2018 Jun 29;17(3):332.*
6. *Jadresic M. E. Depresión postparto. Rev chil neuro-psiquiatr. 1990;*
7. *Jadresic E. Depresión post parto. Medwave. 2004 Oct 1;4(9).*
8. *Vega-Dienstmaier JM. Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. Rev Neuropsiquiatr. 2015;*
9. *Instituto Nacional de la Salud Mental. Información sobre la depresión posparto. Natl Inst Ment Heal. 2014;*
10. *José UM, Ana RS, José GI, Mery G V., Nasser BZ, Alfi CB. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol. 2011;76(2):102–12.*
11. *Trautmann Villalba P. Perturbaciones psíquicas postparto: pueden los profesionales de la salud ayudar a prevenir efectos negativos a largo plazo-ies. Claves odontol. 2008;*

12. *Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003;*
13. *Terrén CA, Esteve LG, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. Med Clin (Barc). 2003 Jan 1;120(9):326–9.*
14. *Vargas-Mendoza JE, García Jarquín M. Depresión posparto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009;*
15. *Muñoz Salido A, Hijano Muñoz JM, Ruiz Cazorla A. Abordaje integral de la depresión posparto. Paraninfo Digit. 2015;*
16. *Olza I, Gainza I. Tratamiento psicosocial de madres lactantes con depresión posparto en Atención Primaria. Trab Soc y salud. 2003;*
17. *Kennedy H,T. Beck C,W. Driscoll J. Una luz en la niebla: cuidados en las mujeres con depresión posparto. Matronas profesión. 2003;*
18. *Lawrie, T. A.; Herxheimer, A.; Dalton, K.; Estrógenos y progesterona para la prevención y el tratamiento de la depresión puerperal. Cochrane 6 de Octubre del 2010.*
19. *Borbalán Escánez, J.; Depresión posparto; Universidad de Almería; 2013.*
20. *Urdaneta M. J, Rivera S. A, García I. J, Guerra V. M. Prevalencia de la Depresión Postparto en primigestas y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010;*
21. *British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 1/0.*

9. ANEXOS.

ANEXO 1. ESCALA DE EDIMBURGO.

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo se creó para asistir a los profesionales de salud del área de atención primaria en la detección de las madres que padecen depresión postparto.

Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la escala que al juicio clínico.

Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Debe evitarse la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga problemas con el idioma o dificultad para leer.
5. La EPDS se puede realizar entre la 6ª y 8ª semana postparto. La cita con pediatría, la de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de más de 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO.

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____

Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente.

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

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

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera:

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas :
 - Tanto como siempre
 - No tanto ahora
 - Mucho menos
 - No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:
 - Tanto como siempre
 - Algo menos de lo que solía hacer
 - Definitivamente menos
 - No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:
 - Sí, la mayoría de las veces
 - Sí, algunas veces
 - No muy a menudo
 - No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
 - No, para nada
 - Casi nada
 - Sí, a veces
 - Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:
 - Sí, bastante
 - Sí, a veces
 - No, no mucho
 - No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:
 - Sí, la mayor parte de las veces
 - Sí, a veces
 - No, casi nunca
 - No, nada

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

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

8. Me he sentido triste y desgraciada:

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

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

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

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

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

Fuente: British Journal of Psychiatry June, 1987, Vol. 150 by J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky 1/07 Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

ANEXO 2. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS INICIALES.

Conteste a las preguntas que se le facilitan, se ruega sinceridad. El cuestionario facilitado se utilizará en las sesiones como herramienta para el profesional sanitario.

1. *Nombre:*
2. *Edad:*
3. *¿Se trata este de su primer embarazo? Si no es así, ¿cuántas veces ha estado embarazada anteriormente?:*
4. *¿La menstruación le afecta de manera importante a su estado de ánimo?:*
5. *¿Ha padecido usted de depresión en algún momento de su vida?:*
6. *¿Ha oído hablar de la depresión postparto? Si es así ¿cómo la definiría?:*
7. *¿Conoce a alguna familiar/amiga que la haya padecido?:*
8. *¿Sabría usted identificar a una persona con depresión posparto?:*
9. *¿Sabría identificarla en sí misma?:*
10. *¿Considera que posee un entorno familiar que le brindaría la ayuda que necesitara?:*
11. *¿Vive usted con su pareja/padre del bebé? ¿Qué tipo de relación mantienen?:*
12. *¿Su pareja posee algún conocimiento acerca de la depresión postparto?:*
13. *¿Posee hábitos alimenticios saludables?:*
14. *¿Goza de un descanso de calidad durante el embarazo?:*
15. *¿Ha sido un embarazo buscado o por el contrario no se lo esperaban?:*

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 3. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS.

- 1. ¿Ha cambiado su percepción respecto a este trastorno puerperal?:*
- 2. ¿Considera que se le han brindado las herramientas necesarias para saber identificarlo?:*
- 3. Utilice sus propias palabras para definirlo.*
- 4. ¿Considera que la información aportada ha contribuido a ampliar sus conocimientos sobre la maternidad?:*
- 5. ¿Han cambiado sus perspectivas respecto al postparto?:*
- 6. Tras haber asistido a las sesiones, ¿se siente más relajada por haber sentido miedos u otros sentimientos durante su embarazo, mal vistos por la sociedad?:*
- 7. ¿Cree que su pareja constituirá un pilar fundamental para usted tras el nacimiento de su hijo?:*
- 8. Tras haber asistido al programa, ¿sabría a quién pedir ayuda en caso de notar síntomas de depresión postparto?:*
- 9. Del 1 al 10 ¿cómo puntuaría la confianza que su matrona le brinda?:*
- 10. ¿Recomendaría este programa de salud?:*

Fuente: elaboración propia.