



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19**

DEPRESIÓN POSTPARTO: CUESTIONARIO EDIMBURGO EN EL PUERPERIO

Alumna: María del Pilar Míguez Martín

Tutora: Rebeca Puentes Gutiérrez

Colaboradoras:

Pilar Calvo del Valle

Concha Fernández Alonso

Mar Díez Rodríguez

Ana María Hernández Vázquez

Agradecimientos:

Gracias a Rebeca que me dio su voto de confianza y se ofreció a tutorizar este TFG, acompañándome en la última etapa del inicio de mi vida como enfermera. Una y mil gracias por toda la ayuda y apoyo que me has prestado, sin ti nada de esto habría sido posible.

Gracias a todas las personas que han colaborado y que han hecho posible este proyecto.

Gracias a mi madre porque a pesar de estar lejos has sido mi bastón estos cuatro años de carrera, solo con tus llamadas y consejos ya me eran suficientes para seguir adelante y afrontar cualquier cosa.

Resumen:

Introducción: La depresión posparto es una de las posibles complicaciones tras el parto, en la que se producen una serie de cambios negativos en los patrones emocionales que repercuten en el resto de patrones funcionales. Estas alteraciones persisten en el tiempo y van en aumento. Es una patología que necesita ser diagnosticada con la mayor brevedad posible para poder aplicar un tratamiento en un equipo multidisciplinar, así como ayuda social y familiar.

Es una enfermedad infradiagnosticada ya que supone un tabú para nuestra sociedad, además la asistencia sanitaria que reciben las puérperas está más centrada en los aspectos biomédicos y menos en los psicosociales.

Objetivos: Determinar la prevalencia de riesgo de depresión postparto y compararla con otros estudios.

Método: se realizó un estudio cuantitativo, observacional, trasversal. Se empleó el cuestionario validado de Edimburgo, distribuido en Centros de Salud por matronas y enfermeras de pediatría.

Resultados: Se ha conseguido una muestra de 40 mujeres entre las 6 y las 12 semanas tras el parto. La prevalencia de mujeres con riesgo de depresión postparto es del 30%. Un 7,5% del total y un 25% de aquellas que obtuvieron puntuaciones superiores a 10 presentaron riesgo de autolesiones o suicidio.

Discusión: Los resultados obtenidos vislumbraron que el porcentaje de riesgo de depresión es significativamente mayor que el establecido por los estudios. Se acrecienta la necesidad de establecer un control tras el parto del estado psicológico de las madres y la posibilidad de implantar un algoritmo o protocolo que contribuya a normalizar esta práctica.

Palabras clave:

Depresión postparto, mujer, cuestionario, factores de riesgo

Abstract:

Introduction: Postpartum depression is a perinatal complication. Primary symptoms include negative changes to emotional wellbeing consequently affecting an individual's functionality. Continuous uncontrolled emotional state can result in long term negative effects and the condition to worsen. In order to ensure this does not occur, early diagnosis and treatment is essential and is often acquired through multi-disciplinary team, social support and family support. Postpartum depression is often overlooked with a lack of diagnosis occurring due to the social taboo of the condition. Many healthcare professionals fail to diagnose the condition due to the focus on treating and individual's physical needs and not their emotional and psychological needs.

Objectives: To evaluate the risk of individuals developing postpartum depression in primary healthcare centres and compare them with other studies.

Method: This paper is a quantitative observational study that is relevant with current practice. The Edinburgh postnatal depression scale is identified and used by midwives and paediatric nurses in the study.

Results: A sample of 40 women who are between 6-12 weeks postnatal was used within this study. The risk of an individual developing postpartum depression is thirty percent. Of this sample seven percent of the individuals present tendencies to self-harm or have a suicide risk. In contrast, twenty-five percent of the study participant that score ten or above have suicide risk or self-harm tendencies.

Discussion: The result of the study show the postpartum depression risk is significantly higher in our sample than similar studies. Identifying the need to increase psychological support and postnatal symptoms control. Changes to algorithm and protocol is required to ensure healthcare professionals work in a coherent manner to provide each individual with effective and person centred care.

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. Justificación	11
3. Objetivos	11
4. Material y métodos.....	12
4.1. Diseño	12
4.2. Muestra y tamaño muestral	12
4.3. Criterios de inclusión y exclusión	13
4.4. Duración de la intervención	13
4.5. Procedimiento.....	14
4.6. Recursos a utilizar	15
4.7. Variables	15
4.8. Análisis estadístico	16
4.9. Consideraciones ético-legales	16
5. Resultados	18
6. Discusión	23
6.1. Limitaciones.....	25
6.2. Fortalezas.....	25
6.3. Aplicación a la práctica clínica	26
6.4. Futuras líneas de investigación.....	26
7. Conclusiones	27
8. Bibliografía	28
9. Anexos.....	32
9.1. Anexo I: Cuestionario Edimburgo empleado en el estudio	32
9.2. Anexo II: Algoritmo de detección y prevención de depresión postparto	33
9.3. Anexo III: Consentimiento informado	34
9.4. Anexo IV: Autorización del Comité Ético de Investigación.....	35
9.5. Anexo V: Autorización del Comité Ético de la Facultad de Enfermería .	36

ÍNDICE DE TABLAS

- **Tabla 1.** Razón de prevalencia entre el riesgo de depresión postparto y la presencia de abortos previos..... 20
- **Tabla 2.** Razón de prevalencia entre el riesgo de depresión postparto y las complicaciones con la lactancia materna. 21
- **Tabla 3.** Tabla de preguntas del cuestionario Edimburgo y respuestas de las participantes. 21

ÍNDICE DE FIGURAS

- **Figura 1.** Porcentaje de riesgo en mujeres multíparas 19
- **Figura 2.** Porcentaje de riesgo en mujeres primíparas..... 19
- **Figura 3.** Porcentaje de riesgo en mujeres con 1 o más abortos 19
- **Figura 4.** Porcentaje de riesgo en mujeres con 0 abortos 19

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se define por la OMS como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (1).

Una de las alteraciones de la salud mental más prevalentes es la depresión, que, según cifras de la OMS, se estima que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. (2)

Se caracteriza por la “presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (3,4).

“Puede constituir un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio” (2).

Los trastornos depresivos afectan a la población femenina en mayor proporción (2). El parto y el postparto se consideran momentos de gran impacto sobre el estado físico, hormonal y mental de la mujer (5,6). Los cambios que se producen aumentan su vulnerabilidad y hacen que sean más susceptibles de padecer alteraciones psíquicas (7,8). El postparto es el periodo comprendido entre el final del parto y la recuperación de la mujer (9). Se producen en esta fase de la vida de la mujer diferentes alteraciones del estado de ánimo, siendo importante establecer entre ellas un diagnóstico diferencial.

Baby Blues

El término Baby blues también es conocido como tristeza postparto. Tiene gran prevalencia, alrededor de un 80% de las puérperas presentan esta alteración en el ánimo (8,10). Se caracteriza por ganas de llorar frecuentes, insomnio, ansiedad, irritabilidad, fatiga y confusión (10). Los síntomas comienzan entre el tercer y cuarto día tras el parto y suele resolverse tras 10-15 días, no requiere

de ningún tratamiento específico, siendo fundamental el apoyo familiar y profesional (5,11-13).

Si tras el periodo establecido como de normalidad, el baby blues sigue sin resolverse y los síntomas empeoran cada vez más, es muy posible que la puérpera esté desarrollando depresión postparto (12,14). Cerca del 20% de las puérperas que lo sufren posteriormente podrían evolucionar a estados depresivos (10), por lo que es preciso un aumento de la vigilancia sobre estas mujeres.

Psicosis Postparto

Se trata de la alteración psicológica más grave y menos frecuente en el puerperio (1-2/1000) (4,10,12). El inicio de los síntomas suele ser en las primeras semanas tras el parto y extenderse varios meses (4). La mayoría de los casos están relacionados con una patología de trastorno bipolar de base en la madre, pudiendo constituir una emergencia en algunos casos (11,12). Las mujeres que han padecido psicosis en postpartos anteriores tienen alto riesgo de recidivas (10).

Los síntomas que presenta una mujer con psicosis postparto son: alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, hiperactividad y agitación pudiendo darse también confusión y alteración de la consciencia, alteraciones en el patrón del sueño, labilidad afectiva, ideas delirantes y preocupaciones de tipo místico-religiosas (11,12). Un comportamiento autoagresivo, de violencia e ideas suicidas suelen ser más prevalentes en este tipo de alteración psicológica tras el parto (10,12).

Los principales factores de riesgo para su desarrollo son: antecedentes personales o familiares de psicosis postparto, diagnóstico de trastorno bipolar previo al embarazo y la primiparidad como factor de riesgo destacado (4,12).

Depresión Postparto

Contexto histórico:

Los orígenes del concepto de depresión postparto se remontan a Hipócrates que relaciona las alteraciones psicológicas de la mujer tras el parto con la

sepsis puerperal (10,12,15). En 1829 en el informe de Robert Gooch sobre *Enfermedades propias de las mujeres* aparece el concepto de psicosis puerperal (12,15). En 1956 Louis Victor Marcé publicó *Traité de la folie des femmes enceintes (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas)*, recogía que los cambios fisiológicos que las mujeres sufrían durante el puerperio influían en su estado de ánimo (12,15). Pero no es hasta la publicación de la DSM IV que no se redacta una definición final (10,12,15).

La depresión posparto no fue incluida en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) hasta su cuarta edición en 1995 que ya la reconoce como alteración psiquiátrica (12). En la definición que aparece en la DSM IV (16) se describe como “de comienzo tras el parto”, siendo ésta modificada en la última edición (DSM V) (17) y se ha reconocido que su comienzo puede estar en el periparto (11).

Contexto Sanitario:

La depresión postparto constituye la alteración psiquiátrica más frecuente en el periodo puerperal (10). Se trata de un síndrome en el que destaca una gran tristeza persistente en el tiempo y la alteración de todas las funciones: físicas, psicológicas, cognitivas, conductuales, sociales y motivacionales (12,18). Los cambios emocionales negativos que se producen en el postparto repercuten en el resto de patrones funcionales (19).

Es una patología que necesita ser diagnosticada con la mayor brevedad posible para poder aplicar un tratamiento y que la madre reciba todas las ayudas disponibles desde los ámbitos sanitario, social y familiar (11). Actualmente se desconoce la causa exacta por la que se produce la depresión, más bien está causada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales (19).

La prevalencia de esta alteración varía según los estudios entre un 10 y un 20% (10-12,20). Este porcentaje aumenta si la madre tiene antecedentes de depresión, en mayor medida si se produce tras un parto anterior, o antecedentes de otro tipo de enfermedades mentales. A diferencia del baby blues, es más prevalente en madres primíparas (7). Muchos de los casos de

depresión postparto tienen comienzo durante el embarazo, aunque se desarrollan con posterioridad (11).

Factores de riesgo (4,9-12,19-21)

- Durante el embarazo aumentan los niveles de estrógenos y progesterona entre otros, y sufren un brusco descenso tras dar a luz, considerándolos como factor de riesgo inevitables en el desarrollo de baby blues o de depresión postparto (11,22,23).
- Niveles séricos más bajos de triptófano, precursor de la serotonina, en el final del parto y al comienzo del puerperio (5).
- Antecedentes de depresiones relacionadas con el embarazo o previas.
- Pérdida o suceso traumático personal o de un familiar.
- Factores socioeconómicos (situación laboral, falta de recursos económicos e inestabilidad, nivel de estudios).
- Problemas familiares y de pareja.
- Falta de red de apoyo (ausencia de ayuda parental, de la pareja, falta de amigos).
- Madres solteras.
- Embarazos no deseados.
- Edades extremas de las puérperas.
- Adicciones de las embarazadas.
- Alteraciones del sueño, insomnio prolongado.
- Problemas con la lactancia.
- Llanto constante de los recién nacidos.
- Problemas obstétricos o durante el parto (cesárea, anestesia en el parto).
- Dolores postparto.

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

- Falta de información durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal.
- Problemas de salud de los recién nacidos (cólicos, enfermedades, problemas para aumentar de peso o de crecimiento).
- Abortos anteriores, parto de fetos muertos.
- Otros hijos con patologías graves o no tan graves pero que requieran de gran atención. Muerte de otro hijo.

Signos de depresión postparto (9-11,19)

- Uno de los principales signos es la disminución o ausencia de la capacidad de disfrutar con el bebé y sentimientos de indiferencia.
- Pérdida de interés o falta de disfrute de actividades que antes consideraban placenteras.
- Cambios de humor repentinos.
- Llanto continuo y de causa difícil de identificar.
- Disminución de la autoestima y percepción de no estar preparadas ni realizar correctamente los cuidados del bebé.
- Sentimiento de culpabilidad.
- Pensamientos de angustia ante cualquier problema que se les presente.
- Disminución de la autoestima.
- Sobreprotección, en ocasiones evidenciada por la hiperfrecuentación de los servicios médicos.
- Por el contrario, indiferencia ante los problemas de los hijos.
- Abstracción del entorno.
- Disminución en el número de actividades y sensación de cansancio constante.
- Falta de ganas de socializar.

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

- Alteraciones alimenticias ya sea por exceso o por defecto.
- Alteraciones del sueño (hipersomnia o hiposomnia). Las madres que manifiestan sobreprotección hacia sus hijos, pueden quedarse toda la noche sin dormir por miedo a que a los niños dejen de respirar o les pueda suceder algo.
- Disminución de la libido y el interés sexual.
- Déficit de autocuidado relacionado con la higiene y la imagen corporal.
- En algunos casos sueños o pensamientos acerca del suicidio.
- Ideas relacionadas con acabar con la vida de los bebés.

Valoración de la posible aparición de depresión postparto:

Las depresiones se suelen enmascarar tras otras enfermedades y por ello se dificulta el diagnóstico. También puede confundirse en un principio con estados normales asociados al puerperio.

Uno de los mayores problemas que se producen como consecuencia de este tipo de depresión es que puede alterar el vínculo materno-filial y producir posteriores complicaciones en el desarrollo conductual, cognitivo e incluso físico en los niños (4,11).

La atención sanitaria de las mujeres en todas las fases del puerperio se centra en las posibles alteraciones físicas. Sin embargo, la parte psicológica no tiene una valoración o un seguimiento correspondiente.

Existen distintas herramientas de tamizaje que evalúan el riesgo de padecer depresión como:

- Cuestionario de salud general de Goldberg (CGS) (10,24) que consta de 28 preguntas, es autoaplicado y evalúa los problemas psicosociales.
- El Inventario de depresión de Beck (BDI) (25) que es autoadministrado y consta de 21 ítems, se emplea para detectar y evaluar la gravedad de depresión.

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

- The Patient Health Questionnaire (PHQ) (26,27), escala de autoevaluación que permite medir la severidad del cuadro depresivo y realizar un seguimiento de las personas con trastorno depresivo en tratamiento.
- Escala de depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS) (28), es autoaplicada y consta de 20 ítems a los que el paciente ha de responder en función de la frecuencia de aparición de los mismos.

Cuestionario de Depresión postparto de Edimburgo (29,30): Es específico para el puerperio y con más reconocimiento internacional. Es una escala validada que evalúa principalmente los síntomas psíquicos de la depresión. Consta de 10 preguntas con un rango de puntuación entre 0 y 30. Cada pregunta tiene 4 posibles respuestas que reflejan los diferentes grados de severidad de cada síntoma. La mujer responderá la opción que mejor refleje su situación emocional durante la última semana. Se suele contestar con facilidad en unos 5-10 minutos.

Un resultado superior a 10 se considera como positivo (10), este punto de corte según ciertos estudios nos permite identificar al 90% de las mujeres que sufren depresión postparto. Tan solo se valora el riesgo de depresión por lo que para confirmar el diagnóstico es preciso derivar a la paciente al médico de familia o al médico especialista en salud mental y que se las evalúe a través de entrevistas estandarizadas (16).

2. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del estado de ánimo como la depresión están aumentando en nuestro país. Las mujeres presentan una frecuencia mayor de afectación que los hombres (2) y existen períodos más vulnerables en su ciclo de la vida, como son el embarazo y el puerperio.

Las mujeres que sufren depresión postparto presentan síntomas muy similares a la depresión mayor, con el matiz de que las consecuencias repercuten de manera directa en el recién nacido cuando no se detecta y se trata adecuadamente. Se han descrito alteraciones en el desarrollo del vínculo

afectivo con el hijo, así como alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas en los hijos de madres afectadas (10,22).

Existe una dificultad de las mujeres para identificar la depresión y expresar sus emociones, además de una presión social que no permite a las mujeres exponer su auténtico estado de ánimo y presupone una felicidad ligada al hecho de ser madre, que no se ajusta a la realidad en todos los casos (3).

La detección temprana de la depresión postparto es posible, no implica mucha carga de trabajo en cuanto a tiempo o esfuerzo, los recursos materiales necesarios son de bajo coste. Sin embargo, en nuestro medio, no se realiza un seguimiento y control de los aspectos psicológicos de manera sistemática y protocolizada durante el puerperio.

Un análisis coste-efectividad valorando el costo de la detección y tratamiento (31) con respecto al efecto obtenido medido como años de mejoría de la calidad de vida, es muy posible que justificara el desarrollo de un programa de prevención de la depresión puerperal.

La relación enfermera/matrona-paciente es muy estrecha en este periodo de la vida (4), una buena comunicación con nuestras pacientes permite motivar y empoderar a las mujeres para promover estilos de vida saludables actuando sobre algunos factores de riesgo modificables, realizando prevención primaria de la depresión postparto. La enfermera puede realizar además pruebas de cribado de depresión postparto debido al fácil acceso y a su cualificación profesional (12).

Valorando estas premisas, se considera pertinente la elección y ejecución de este estudio con objeto de conocer la prevalencia de la depresión postparto en nuestro entorno y los factores asociados. En función de los resultados, sería necesario impulsar la implantación de mecanismos de prevención, detección precoz y desarrollo de algoritmos que permitan un trabajo multidisciplinar entre los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental que mejore la calidad asistencial. Podríamos incluso potenciar la creación de unidades madre-bebé, de las que sólo existe una en España (33).

3. OBJETIVOS

Generales

1. Estimar la prevalencia de riesgo de depresión postparto mediante el cuestionario validado de Edimburgo.
2. Dar visibilidad a un problema de salud pública que está infradiagnosticado.
3. Hacer conscientes a los profesionales más cercanos a las mujeres en este periodo de la importancia de la prevención y detección precoz de la depresión.

Específicos

1. Comparar la prevalencia de depresión postparto en madres primíparas con respecto a madres multíparas.
2. Valorar el grado de relación de abortos previos con el desarrollo de depresión tras el parto.
3. Valorar las complicaciones con la lactancia materna como factor de riesgo en la aparición de depresión postparto.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, trasversal o de prevalencia.

Al comienzo del presente estudio se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la depresión postparto. Se revisaron artículos científicos de las bases de datos Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar durante los meses de noviembre a marzo. La búsqueda se realizó en inglés y en español. Los términos buscados fueron: depresión postparto, depresión, baby blues, psicosis postparto, cuestionario Edimburgo, cuestionarios, postpartum depression.

4.2. MUESTRA Y TAMAÑO MUESTRAL

Para determinar la prevalencia del riesgo de depresión postparto en la población de Valladolid, utilizamos una muestra de mujeres en el puerperio, pertenecientes a los Centros de Salud Rondilla I, II, Magdalena, Tórtola y Barrio España.

Inicialmente, la muestra iba a ser tomada exclusivamente durante la revisión de enfermería de los dos meses del recién nacido, pero resultó insuficiente debido a la baja natalidad y a que en ocasiones la falta de tiempo durante la misma consulta no permitía la cumplimentación de los cuestionarios.

Por este motivo se decidió pasar también los cuestionarios en los grupos de lactancia y de masaje infantil formados por las matronas, al igual que se amplió el rango de edad de los bebés a 6-12 semanas, permaneciendo dentro del rango de mayor prevalencia de aparición de depresión tras el parto.

Finalmente, el tamaño muestral es de 40 personas, todas firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Mujeres que hayan dado a luz entre 6-12 semanas antes de realizar el cuestionario. Residentes en Valladolid y pertenecientes al Área de Salud Este, concretamente a los Centros de Salud de Barrio España, Magdalena, Rondilla I, Rondilla II y Tórtola.
- Se incluye en el estudio a las menores de edad, con la debida autorización por representación.
- Participan independientemente de su estado civil, nivel cultural, nivel socioeconómico y tipo de trabajo que ejerzan.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con partos de fetos muertos, fallecidos durante el parto o fallecidos antes de las 8 semanas.
- Mujeres que estén diagnosticadas con depresión crónica u otro tipo de enfermedad psiquiátrica crónica.
- Aquellas personas que no estén dispuestas a dar su consentimiento a participar en el estudio (o en caso de menores, sus tutores legales).

4.4. DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Con anterioridad al comienzo del estudio se informa a los centros de salud sobre el proyecto que se va a llevar a cabo.

Se pide la colaboración de las enfermeras de pediatría y matronas de los centros. Se les explica de forma detallada las pautas para la realización de los test. Es importante que las madres respondan con total sinceridad, a solas y sin estar condicionadas por ningún familiar. Se incide en que las madres sean informadas sobre el proyecto y en la necesidad de que firmen el consentimiento informado (Anexo III) si aceptan formar parte del estudio.

Se presentan los documentos para la aprobación del estudio por parte del Comité Ético de Investigación (Anexo IV) a finales de diciembre de 2018, que dio su consentimiento a mediados del mes de enero de 2019. Se comienzan a distribuir los cuestionarios en los distintos centros de salud participantes desde febrero (2019) y se recogen a finales de abril (2019). Desde principios de mayo de 2019 se empiezan a analizar los datos de la muestra obtenida hasta finales de ese mismo mes.

4.5. PROCEDIMIENTO

Para la realización de este estudio se ha empleado el Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS) (29), añadiendo la recogida de las variables: número de hijos, gestaciones y abortos, lactancia materna y posibles complicaciones con la misma, indicando cuáles, se seleccionan las cinco más prevalentes (mastitis, grietas, dolor, mal agarre, poco aumento de peso del recién nacido) (Anexo I).

Es una escala validada, fue creada por Cox, Holden y Sagovski en Edimburgo en 1987 (29), en España fue validada por García Esteve, Ascaso, Ojuel y Navarro en 2003 (10.18). Es autoadministrada y se puede completar en unos minutos, para que se realice de forma óptima es preciso que los profesionales conozcan unas pautas para su uso:

- Es preferible que el cuestionario lo conteste la madre sola, evitando la posible influencia de los familiares en las respuestas, salvo que no sepa leer o no hable bien el idioma.
- Deben contestar a todas las preguntas.
- Es muy importante dejar claro que las respuestas deben elegirse en función de cómo se hayan sentido esta última semana.

El cuestionario consta de 10 ítems, 5 de los cuales se relacionan con la tristeza y los otros 5 con la ansiedad. Las preguntas 1,2 y 4 se evalúan de 0 a 3, mientras que el resto va de 3 a 0, a la inversa de las anteriores. La suma total puede ir desde 0 hasta 30.

Se establece que una puntuación superior a 10 supone la posibilidad de desarrollar depresión (5,10,12,21,34), pero en ningún caso indica la gravedad ni es diagnóstica. Sin embargo, según algunos estudios se consideran las puntuaciones de 10 a 13 como rango que puede albergar falsos positivos (26,35).

La décima pregunta evalúa el riesgo de autolesiones y suicidio, y cualquier puntuación distinta de 0 en la misma supondría un riesgo y requerirá de evaluaciones complementarias y una vigilancia.

Por otro lado un resultado entre 5-9 indica que hay cierto deterioro funcional y que es preciso continuar la vigilancia y realizar de nuevo el cuestionario en un periodo entre dos semanas y un mes.

Este cuestionario se administra por las matronas y enfermeras de pediatría de los centros de salud participantes desde febrero hasta finales de abril de 2019.

4.6. RECURSOS A UTILIZAR

1. Recursos humanos:

- Enfermeras/os encargados de entregar los cuestionarios a las pacientes, asegurarse de que se cumplen las pautas para la realización de los mismos y comprobar que estén adecuadamente cumplimentados.
- Autora y tutora encargadas de analizar los resultados y extraer las conclusiones.

2. Recursos materiales: Fotocopias de los cuestionarios y de los consentimientos informados.

4.7. VARIABLES

- **Dependientes**

- Riesgo de desarrollo de depresión postparto (valorado a través del cuestionario de Edimburgo).

- **Independientes**

- Número de hijos.
- Número de partos.
- Número de abortos.
- Edad.
- Tipo de lactancia.
- Problemas con la lactancia (mastitis, grietas, mal agarre, poco aumento de peso del recién nacido).
- Variables que pueden influir en los resultados pero que no se recogían:
 - Antecedentes de depresión familiar.
 - Nivel cultural.
 - Nivel socioeconómico.

4.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el registro de los datos recogidos se usó el programa Excel y para su posterior análisis el SPSS. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante valores absolutos medias, porcentajes y modas. Se calculó la Razón de Prevalencia (RP) para comprobar la relación entre la presencia de abortos y de complicaciones con la lactancia materna y el riesgo de depresión postparto.

Para valorar si el riesgo de padecer depresión y la presencia de complicaciones durante la lactancia materna tienen una relación estadísticamente significativa se realiza el contraste de hipótesis con un intervalo de confianza de un 95%, mediante el cálculo del Chi-cuadrado de Pearson, considerando significativa una p mayor o igual a 0,05.

4.9. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Para llevar a cabo este proyecto se ha contado con la autorización del Comité Ético De Investigación Clínica (CEI) (Anexo IV) correspondiente al Área de Salud responsable de los Centros de Salud que participan en el proyecto de

investigación, en este caso todos forman parte del Área de Salud Este por tanto el hospital de referencia es el Hospital Clínico Universitario.

Se obtuvo la aprobación del estudio por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid (Anexo V).

También se ha contado con la autorización de los coordinadores de cada centro de salud participante en el proyecto. Además de la colaboración del personal sanitario correspondiente.

Se debe tener en cuenta la protección de datos (Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y la privacidad de ellos.

La información obtenida se analiza de forma anónima, separada de sus datos identificativos. Se obtiene el consentimiento de cada participante después de haber recibido una información adecuada sobre el estudio (Anexo III) (Ley 3/2005 de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes).

5. RESULTADOS

El tamaño muestral de este estudio es de 40 mujeres. La prevalencia puntual es de 0,3, es decir, el 30% (n=12) ha obtenido puntuaciones superiores a 10 en el cuestionario, por lo que se las considera como grupo de riesgo de padecer depresión postparto.

Edad:

- El rango de edad de la muestra es de 17 a 45 años, la edad media es de 33,4 años con un intervalo de confianza del 95%.
- El rango de edad de aquellas con riesgo es de 22 a 45 años, la edad media es de 32,58 años con un intervalo de confianza del 95%.

Semanas de vida de los recién nacidos:

- La moda del número de semanas de vida de los recién nacidos en el total de la muestra es de 8 semanas. La media de semanas es de 8,1 con un intervalo de confianza del 95%.
- La moda del número de semanas de vida de los recién nacidos de aquellas mujeres con riesgo de depresión es de 8 semanas. La media de semanas es de 7,9 con un intervalo de confianza del 95%.

Número de hijos:

Se han diferenciado a las participantes en primíparas y multíparas (incluyendo en este grupo a todas aquellas con 2 o más hijos).

- Mujeres totales de la muestra (n=40), primíparas 55% (n=22) y multíparas 45% (n=18).
- Mujeres con riesgo de depresión (n=12), primíparas 58,33% (n=7) y multíparas 41,67% (n=5).
- De entre las mujeres primíparas (n=22) presentan riesgo un 31,82% (n=7) y sin riesgo un 68,18% (n=15).
- De entre las mujeres multíparas (n=18) presentan riesgo un 27,78% (n=5) y sin riesgo un 72,22% (n=13).

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

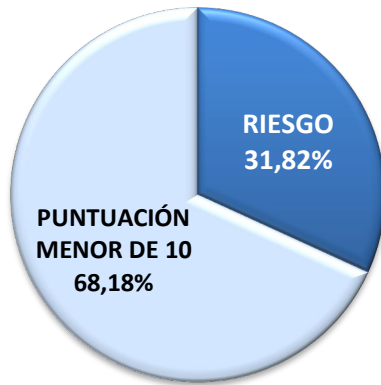


Figura 2. Porcentaje de riesgo en mujeres primíparas

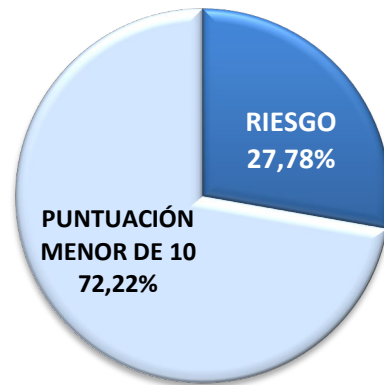


Figura 1. Porcentaje de riesgo en mujeres múltiparas

Abortos:

- En relación con el total (n=40), 0 abortos en el 62,5% (n=25) de las participantes. El resto un 37,5% (n=15) sufrieron algún aborto, en el 30% (n=12) 1 aborto y en el 7,5% (n=3) 2 abortos.
- Si analizamos la muestra de mujeres con 1 o más abortos (n=15) un 40% (n=6) presentan riesgo de depresión postparto.
- Al analizar la muestra de mujeres con 0 abortos (n=25) un 24% (n=6) presentan riesgo de depresión tras el parto.

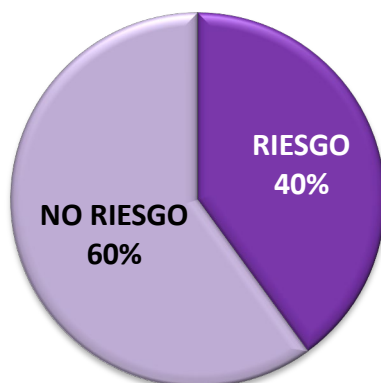


Figura 3. Porcentaje de riesgo en mujeres con 1 o más abortos

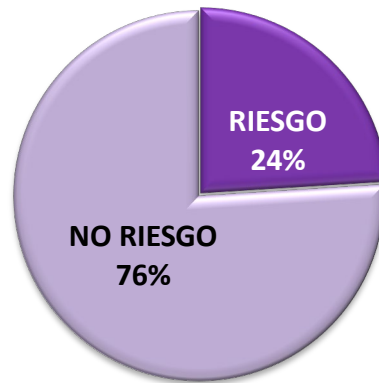


Figura 4. Porcentaje de riesgo en mujeres con 0 abortos

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

Se ha calculado la Razón de Prevalencia (RP) para comprobar el grado de relación entre el riesgo de padecer depresión postparto y los abortos previos.

Tabla 1. Razón de prevalencia entre el riesgo de depresión postparto y la presencia de abortos previos.

	RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO		
	Presente	Ausente	Total
Abortos	6	9	15
No abortos	6	19	25
Total	12	28	40

$$\text{Razón de Prevalencia (RP)} = \frac{6/15}{6/25} = \frac{0,4}{0,24} = 1,66$$

Una RP >1 indica que la prevalencia de riesgo de depresión postparto es mayor en aquellas mujeres con algún aborto a lo largo de su vida.

Lactancia materna y complicaciones:

- En el grupo total un 95% (n=38) de las mismas daban lactancia materna. Un 62,5% (n=25) de las mujeres tuvieron complicaciones con la lactancia, de éstas tan sólo el 8% (n=2) habían dejado de amamantar a sus bebés, el resto 92% (n=23) mantuvo la lactancia materna a pesar de las complicaciones.
- De aquellas con riesgo de depresión (n=12), un 91,7% (n=11) daban lactancia materna. Un 83,3% (n=10) tuvieron complicaciones con la lactancia, de éstas tan sólo un 10% (n=1) abandonaron la lactancia, el resto 90%(n=9) continuó amamantando a pesar de las complicaciones.

Para el análisis de la variable complicaciones se han contado aquellas que daban lactancia materna, reduciendo el grupo de estudio a n=38.

Se ha calculado la Razón de Prevalencia (RP) para comprobar el grado de relación entre el riesgo de padecer depresión postparto y las complicaciones durante la lactancia.

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

Tabla 2. Razón de prevalencia entre el riesgo de depresión postparto y las complicaciones con la lactancia materna.

	RIESGO DE DEPRESIÓN POSTPARTO		
	Presente	Ausente	Total
Complicaciones con LM	9	14	23
No complicaciones con LM	2	13	15
Total	11	27	38

$$\text{Razón de Prevalencia (RP)} = \frac{9/23}{2/15} = \frac{0,39}{0,13} = 3$$

Una RP >1 indica que la prevalencia de riesgo de depresión postparto es mayor en aquellas mujeres con complicaciones con la lactancia materna.

Se calculó el Chi-cuadrado de Pearson para comprobar si el riesgo de padecer depresión postparto depende directamente de la presencia de complicaciones con la lactancia materna, obteniendo p=0,087.

Análisis de las preguntas del cuestionario:

Tabla 3. Tabla de preguntas del cuestionario Edimburgo y respuestas de las participantes.

Preguntas	0	1	2	3
P1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	27(67,5)	10(25%)	3(7,5%)	0(0%)
P2. He mirado el futuro con placer	24(60%)	12(30%)	4(10%)	0(0%)
P3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	10(25%)	7(17,5%)	19(47,5%)	4(10%)
P4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	9(22,5%)	9(22,5%)	17(42,5%)	5(12,5%)
P5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	13(32,5%)	12(30%)	10(25%)	5(12,5%)
P6. Las cosas me oprimen y me agobian	9(22,5%)	13(32,5%)	17(42,5%)	1(2,5%)
P7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir	29(72,5%)	6(15%)	3(7,5%)	2(5%)
P8. Me he sentido triste y desgraciada	28(70%)	7(17,5%)	5(12,5%)	0(0%)
P9. He sido tan infeliz que he estado llorando	24(60%)	12(30%)	4(10%)	0(0%)
P10. He pensado en hacerme daño a mí misma	37(92,5%)	1(2,5%)	2(5%)	0(0%)

Depresión postparto: Cuestionario Edimburgo en el puerperio

Los datos más relevantes que se han obtenido en función de las respuestas del cuestionario han sido:

- Más veces respondida con puntuaciones distintas de 0, es decir que tienen cierto grado de riesgo, son P4 y P6 con un 77,5% (n=31) de respuesta en ambas.
- Más veces respondidas con una puntuación de 3, la mayor puntuación de riesgo que se puede dar en cada ítem, son P4 y P5 con 12,5% (n=5) en ambas.
- La pregunta 10 evalúa el riesgo de autolesiones y suicidio, de la muestra total (n=40) un 7,5% (n=3) respondieron con puntuaciones distintas de 0, lo cual supone que son pacientes de riesgo independientemente de la puntuación final del cuestionario. En este caso todas ellas se encontrarían dentro del grupo de riesgo por además haber obtenido puntuaciones superiores a 10. Dos obtuvieron una puntuación de 13, mientras que la última de 18. Esto supone un 25% (n=3) de aquellas que entran en el grupo de riesgo de depresión por puntuación (n=12).
- Más veces contestada con una puntuación de 0, sin riesgo, es P10 con un 92,5% (n=37). Si excluimos P10 debido a que por sí misma indica riesgo de depresión postparto cuando la respuesta es mayor de 0, podemos considerar P7 como la mayor porcentaje con un 72,5% (n=29).

6. DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de depresión postparto entre un 10 y un 20%, sin embargo, en este estudio asciende al 30%. Las participantes del estudio pertenecen a zonas básicas de salud con un nivel socioeconómico bajo, aunque no se recogió la variable de forma individual. No es posible extrapolar los datos a la población general y afirmar que la prevalencia de depresión postparto es elevada puesto que la muestra es escasa, tan solo 40 participantes, y que la mayoría de los individuos presentan un bajo nivel socioeconómico, siendo éste uno de los factores de riesgo.

Edad:

El rango de edad de las participantes es bastante amplio (17-45) y la media resultante es de 33,4 años, si nos centramos en las pacientes que resultaron con riesgo de depresión los rangos son similares (22-45), al igual que la media de edad (32,58 años). Por tanto en esta muestra no resultaría relevante la variable edad.

Semanas de vida de los bebés:

Muchas de las encuestas se han pasado en la revisión de pediatría de los dos meses de los bebés por lo que está relacionado en la mayoría de las participantes sus bebés tengan 8 semanas. En el grupo con riesgo los datos son similares, no pudiendo considerar esta variable como factor influyente.

Número de hijos:

La primiparidad es considerada en la bibliografía consultada (7) como uno de los principales factores de riesgo de desarrollo de depresión tras el parto. Sin embargo, en este estudio los porcentajes obtenidos son muy similares, con apenas un +/-4% de diferencia entre el grupo de primíparas y de multíparas.

Abortos:

El análisis de los porcentajes obtenidos sugiere una diferencia con respecto al riesgo de padecer depresión postparto entre aquellas con abortos previos y las que no tuvieron abortos. Para ratificar estos datos se calculó la Razón de

Prevalencia que muestra el grado de relación entre el riesgo de padecer depresión postparto y los abortos previos, se obtuvo un resultado de 1,66. Como es mayor de 1 indica que la prevalencia de depresión postparto es mayor en las que tuvieron algún aborto a lo largo de su vida frente a las que no tuvieron ningún aborto.

Lactancia materna y complicaciones:

En este estudio no se puede confirmar la lactancia como factor influyente puesto que tanto el grupo total (95%) como el de aquellas con riesgo (91,7%) tienen porcentajes similares de lactancia materna. Y pese a las complicaciones la mayoría continuó con la lactancia materna.

Al realizar el cálculo de la Razón de Prevalencia entre el riesgo de depresión postparto y la presencia o ausencia de complicaciones con la lactancia materna, se obtuvo un resultado de 3. Al ser mayor de 1 indica que la prevalencia de depresión postparto es mayor en las que presentaron complicaciones durante la lactancia materna frente a las que no tuvieron complicaciones.

Se calculó el contraste de hipótesis mediante el Chi-cuadrado de Pearson ($p=0,087$), al ser superior a 0,05 se considera que no hay evidencias estadísticamente significativas que demuestren que el riesgo de padecer depresión postparto depende de las complicaciones con la lactancia materna.

Análisis de las preguntas del cuestionario:

Las participantes respondieron en función de cómo se habían sentido la última semana y lo que les había preocupado, las preguntas más veces contestadas con puntuaciones distintas de 0 son las preocupaciones y sentimientos que tienen más participantes en común.

Un 77,5% de las participantes ($n=31$) respondieron a las preguntas 4 “He estado ansiosa y preocupada sin motivo” y 6 “Las cosas me oprimen y me agobian” con puntuaciones que indican cierto grado de riesgo.

Pregunta 10 “He pensado en hacerme daño a mí misma”. Esta pregunta recoge la posibilidad de que estas mujeres se autolesionen o se suiciden. El hecho de que un 7,5% (n=3) personas de un grupo tan reducido (n=40) hayan respondido con puntuaciones distintas de 0 denota la gravedad de la situación y acrecienta la necesidad de un seguimiento y de un diagnóstico precoz, con las medidas correspondientes para prevenir algún acto que estas madres puedan ocasionarse a sí mismas.

6.1. LIMITACIONES

- La disminución de la tasa de natalidad hace que la muestra obtenida sea pequeña.
- Al ser una muestra no aleatorizada, los individuos que forman parte de la misma podrían presentar sesgos de selección y no ser representativa.
- Se realiza un estudio simultáneo tanto de los factores de riesgo como del riesgo de depresión postparto, por ello, no es posible establecer una relación causal ni temporal entre ambos.
- La posibilidad de que exista un sesgo de participación, ya que muchos de los cuestionarios se pasaron en las clases de lactancia materna o de masaje infantil. Las madres que acuden a estos talleres ya tienen una predisposición para mejorar, socializar, relacionarse y quizá mayor facilidad para pedir ayuda por la relación de confianza que se crea en estos grupos.

6.2. FORTALEZAS

- Se trata de un estudio que requiere poco tiempo de ejecución, así como pocos recursos económicos ya que no se realiza un seguimiento a lo largo del tiempo de los individuos de la muestra.
- Se visibiliza la importancia de un problema de salud pública infradiagnosticado y prevalente y la necesidad de dedicar recursos al mismo.
- Fomenta el empleo de cuestionarios de depresión tras el parto por parte de enfermería de manera sistemática y protocolizada.
- Pretende aumentar el control sobre aquellas madres con riesgo de depresión.

- Busca facilitar el acceso al tratamiento a quienes desarrollen la enfermedad.
- Conciencia acerca de la importancia de prevenir los suicidios o daños causados a los bebés como consecuencia de un mal control o falta de diagnóstico de la depresión.

6.3. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

En la prevención de depresión tras el parto enfermería tiene un papel muy relevante, como intervenciones específicas podemos describir:

- Fomentar la asistencia a talleres en el embarazo y el puerperio, así como resolver dudas o facilitar el contacto con profesionales que se las puedan resolver.
- Aprovechar cualquier contacto para valorar el estado de ánimo y situación sociofamiliar de las mujeres en este periodo.
- Emplear sistemáticamente el cuestionario de Edimburgo a los 2 meses tras el parto, valorando la necesidad reevaluar o derivar a otros profesionales.

Se ha elaborado un algoritmo (Anexo II) para la detección y prevención de depresión postparto, con la implicación de un equipo multidisciplinar constituido por la matrona, médico de atención primaria y médico especialista en salud mental.

6.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La realización de este estudio deja abierta la posibilidad de ampliar la muestra abarcando más centros de salud con diferentes niveles socioeconómicos y por tanto obteniendo una muestra mayor y más representativa (aleatorización), para poder generalizar los resultados de la muestra a la población de Valladolid.

Por otro lado, sería interesante incluir algunas variables como el nivel socioeconómico, ya que el estudio sugiere que existe una relación inversa entre éste y el riesgo de depresión después del parto.

La realización de estudios de cohortes con seguimiento longitudinal prospectivo, valorando a las mujeres durante el embarazo y el puerperio, determinan mejor la incidencia, en qué momento aparece el riesgo de depresión y la influencia de la exposición a los factores de riesgo sobre la aparición del riesgo de depresión.

Sería conveniente mejorar los sistemas de detección de esta patología mediante la sistematización de una revisión postparto en la semana 8 del puerperio en la que se le entregue a la madre el test de Edimburgo, todo ello, dentro de un protocolo de actuación que implique a los diferentes profesionales tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Se pueden realizar ensayos clínicos para evaluar los cambios en la salud mental tras la aplicación de diferentes intervenciones en las madres en situación de riesgo.

7. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de este estudio es superior a la estimada en otros en poblaciones similares.
2. Actualmente en Valladolid, no se realiza ningún seguimiento protocolizado del estado psicológico de las mujeres en el embarazo y en el puerperio. Es necesario desarrollar un programa de salud, protocolos y guías asistenciales.
3. Es necesario favorecer la formación y sensibilización de los profesionales más cercanos a la mujer en la prevención y detección de esta patología.
4. Con los datos obtenidos en este estudio no es posible relacionar la primiparidad con un aumento del riesgo de depresión postparto.
5. Aunque no es estadísticamente significativo, en nuestra muestra la prevalencia de riesgo de depresión es superior en aquellas mujeres con algún aborto a lo largo de su vida.
6. La presencia de complicaciones durante la lactancia materna es más prevalente en el grupo de riesgo, aunque las diferencias tampoco son estadísticamente significativas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Who.int. 2013[citado 03 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
2. OMS. Depresión [Internet]. Who.int. 2018 [citado 03 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. OMS. Depresión [Internet]. Who.int. [citado 03 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
4. Valencia Lizarbe S, Cacho Fernández R (dir). La depresión Postparto [tesis doctoral en Internet]. [Navarra]: Universidad Pública de Navarra; 2016 [citado 22 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23448/depresion_postparto_saioavalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Dois Castellón A. Actualizaciones en depresión posparto. Rev Cubana Obstet Ginecol[Internet]. 2012 [citado 12 de enero de 2019];38(4):576-786. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38126>
6. Fernández Vera JK, Iturriza Natale AT, Toro Merlo J, Valbuena R. Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 [citado 03 de marzo de 2019];74(4):229-243. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lng=es.
7. Atencia Olivas SM. Factores de riesgo para la depresión postparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital nacional Daniel Alcides Carrión durante Abril–Junio, 2015 [trabajo final de licenciatura en Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 03 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4355>
8. Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2013 [citado 12 de enero de 2019];27(3):185-193. Recuperado a partir de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44712>
9. Moreno Mojica C, Rincón Villa T, Arenas Cárdenas YM, Sierra Medina D, Cano Quintero AP, Cárdenas Pinzón DL. La mujer en posparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. Rev Cuid. 2014;5(2):739-747. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86>
10. García Vega M, Hernández García JM (dir), Mingote Adán JC (dir), Muñoz Gállego E (dir). Trastornos del estado de ánimo en el puerperio: factores

psicosociales predisponentes [tesis doctoral en Internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2010 [citado 16 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <https://eprints.ucm.es/12000/>

11. Jadresic E. Depresión posparto en el contexto del hospital general. *Rev Med Clin Condes*. 2017;28(6):874-880.

12. Paiz Villela DR. Depresión en el posparto [Trabajo final de licenciatura en Internet]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2012 [citado 22 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: http://cunori.edu.gt/descargas/Depresion_en_el_Posparto.pdf

13. Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJA, Kahalle S, Zugaib M. Maternity “Blues”: Prevalence and Risk Factors [Internet]. 2008 [citado 12 de enero de 2019];11(2):593-599. Recuperado a partir de: <https://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/viewFile/SJOP0808220593A/28745>

14. Romero-Gutiérrez G, Dueñas de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2010 [citado 03 de marzo de 2019];78(1):53-57. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27159>

15. Oviedo Lugo GF, Mondragón VJ. Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* [Internet]. 2006;47(2):131-140. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018675004>

16. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV. Washington D.C: MASSON, S.A;1995. 897p.

17. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V. Editorial Médica Panamericana;2014. 1000p.

18. Maroto G, García M, Fernández A. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2005;5(2):305-318. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33750206>

19. Chapela Orri E. La depresión posparto. *Rev Enferm Salud Ment*. 2015;2:16-20. doi:10.5538/2385-703X.2015.2.16

20. Latorre Latorre JF, Herrán Falla OF (dir). Depresión posparto en Bucaramanga, factores de riesgo. Estudio de cohorte [tesis doctoral en Internet]. [Bucaramanga]: Universidad Industrial de Santander; 2005 [citado 22 de diciembre de 2018]. Recuperado a partir de: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2005/115963.pdf>

21. P. Hirst K, Y. Moutier C. Postpartum Major Depression. *Am Fam Physician* [Internet]. 2010 [citado 12 de enero de 2019];82(8):926-933. Recuperado a partir de: <https://www.aafp.org/afp/2010/1015/p926.html>
22. Lipa Tudela F. Características bio psico sociales asociadas a depresión postparto en puérperas atendidas en el establecimiento de salud I-4 José Antonio Encinas, Puno – 2016 [tesis doctoral en Internet]. [Perú]: Universidad Nacional del Altiplano;2017 [citado 03 de marzo de 2019]. Recuperado a partir de: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6761/Frida_Lipa_Tudela.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Duval F, Jautz-Duval M, González F, Rabia. Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2010;48(4):292-306. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500005>
24. De la Revilla Ahumada L, De los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria.* 2004;33(8):417-425.
25. Beltrán MC, Freyre MA, Hernández-Guzmán L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica.* 2012;30(1):5-13. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
26. Bazako Pérez L. Análisis de escalas diagnósticas para identificación del postparto blues [trabajo fin de grado en Internet]. [País Vasco]: Universidad del País Vasco; 2016 [citado 10 de abril de 2019]. Recuperado a partir de: <https://addi.ehu.es/handle/10810/20705>
27. Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil neuro-psiquiatr.* 2012;50(1):10-22. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>
28. Campo A., Díaz LA, Rueda GE. Validez de la escala breve de Zung para tamizaje del episodio depresivo mayor en la población general de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica.* 2006;26(3):415-23. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v26i3.360>
29. Escala de Edimburgo Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Escala de Depresión Post-Parto de Edinburgo. *British Journal of Psychiatry.* 1987;150.
30. Gutiérrez-Zotes A, Gallardo-Pujol D, Labad J, García-Esteve L, Gelabert E, Jover M, et al. Estructura factorial de la versión española de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *Actas Esp Psiquiatr.* 2018;46(5):174-82.

31. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev chil neuro-psiquiatr. 2010;48(4):269-278. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
32. Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la depresión durante el embarazo y el posparto. Rev Matronas Prof[Internet]. 2006 [citado 12 de enero de 2019];7(4):5-11. Recuperado a partir de: <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/deteccion-precoz-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-posparto/>
33. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Manifiesto sobre el tratamiento mediático del filicidio de Godella [Internet]. Saludmentalperinatal.es. 2019 [citado 13 de junio de 2019]. Recuperado a partir de: <https://saludmentalperinatal.es/manifiesto-sobre-el-tratamiento-mediatico-del-filicidio-de-godella/?fbclid=IwAR2TpOux4AgnvUBYXthH7ydfS7XtZz5J9OiuAIZvD76YWOD84jC4GnlAxho>
34. Bao-Alonso MP, Vega-Dienstmaier JM, Saona-Ugarte P. Prevalencia de depresión durante la gestación. Rev Neuropsiquiatr. 2010;73(3):95-103.
35. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. Rev méd Chile. 2008;136(7):851-8. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000700005>

9. ANEXOS

9.1. Anexo I: Cuestionario Edimburgo empleado en el estudio

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre del Centro de Salud: _____

Edad de la madre: _____

Semanas del bebé a día de hoy: _____

Fecha de hoy: _____

Nº de hijos: _____ Nº de gestaciones: _____ Nº de abortos: _____

Lactancia materna: Sí— No— ¿Ha tenido complicaciones con la lactancia? Mastitis —
Grietas— Dolor— Mal agarre— Poco aumento de peso del recién nacido—

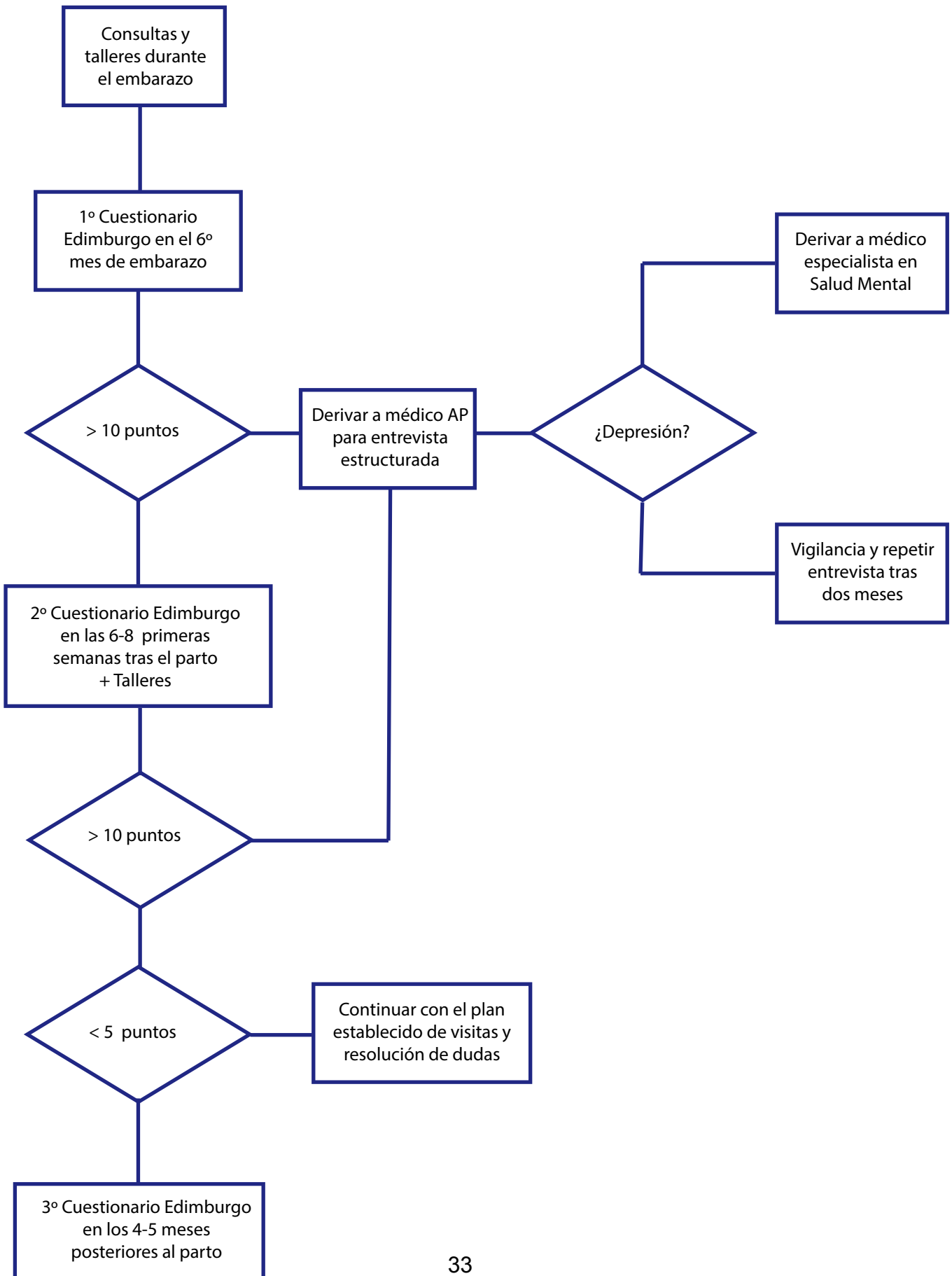
Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

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

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

9.2. Anexo II: Algoritmo de detección y prevención de depresión postparto

Algoritmo de detección y prevención de depresión postparto



9.3. Anexo III: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio Depresión postparto: cuestionario de Edimburgo en el puerperio

Yo, _____
(nombre y apellidos de paciente ó representante legal)

He leído la información que me ha sido entregada.

He recibido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado del estudio con _____
(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1.- Cuando quiera.
- 2.- Sin tener que dar explicaciones.
- 3.- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en el futuro en caso de que se necesite obtener nuevos datos. ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Accedo a que los médicos del HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares ...SI..... NO (marcar con una X lo que proceda)

Una vez firmada, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL
EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

9.4. Anexo IV: Autorización del Comité Ético de Investigación

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS ÁREA DE SALUD VALLADOLID

Valladolid a 20 de diciembre de 2018

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 20 de diciembre de 2018, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 18-1162 TFG AP	DEPRESIÓN POSTPARTO CUESTIONARIO DE EDIMBURGO EN EL PUERPERIO	I.P.: REBECA PUENTES GUTIERREZ EQUIPO: M ^a DEL PILAR MIGUEZ MARTIN C.S. MAGADALENA RECIBIDO: 12-12-2018
-------------------------	---	---

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

9.5. Anexo V: Autorización del Comité Ético de la Facultad de Enfermería

Reunida la COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 28 de febrero de 2019 y vista la solicitud presentada por:

Doña MARIA DEL PILAR MIGUEZ MARTIN, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería.

Acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**, en relación con su propuesta de Trabajo de Fin Grado.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente escrito.

Valladolid a 28 febrero de 2019.- La Presidenta de la Comisión, M^a José Cao Torija



Código Seguro De Verificación:	DHM8MiQedfnQUanQaWuE1A==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Maria Jose Cao Torija - Decano/a de la Facultad de Enfermeria de Valladolid	Firmado	11/06/2019 11:46:58	
Observaciones		Página	23/40	
Url De Verificación	https://sede.uva.es/Validacion_Documentos?code=DHM8MiQedfnQUanQaWuE1A==			